



VIOLENCIA SEXUAL Y ABORTO

Conexiones Necesarias

Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual

Violencia sexual y aborto: conexiones necesarias

Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual

@ Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual, 2008.

Publicación auspiciada por la Corporación Humanas con fondos de la Fundación Ford

Autoras

Gloria Maira Vargas, investigadora en Santiago y coordinadora de la investigación

Paula Santana Nazarit, investigadora en Valparaíso

Siomara Molina Sáez, investigadora en Valdivia

ISBN: 978-956-8759-00-1

Registro de Propiedad Intelectual: 172522

Fotografía portada: Adriana Gómez

Fotos interiores: Adriana Gómez, Soledad Rojas, Kena Lorenzini

Diseño: Winnie Dobbs

Impreso en Andros Impresores

Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual

Malaquías Concha 043, Ñuñoa-Santiago, Chile

redcontraviolencia@gmail.com

www.nomasviolenciacontramujeres.cl

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	7
DE LA INVESTIGACIÓN	11
DESDE DONDE HABLAMOS	15
Feminismo y aborto	17
Violencia sexual y aborto	23
Aborto y salud	26
Las mujeres en la medicina: entre la fragmentación y la histeria	26
Los/as médicos/as y el aborto	30
El aborto y el aborto terapéutico	31
 ABORTO EN CHILE: REALIDAD DESCONOCIDA	 35
Magnitud del aborto provocado	42
Egresos hospitalarios por aborto	43
Aborto y mortalidad materna	46
Mujeres procesadas por aborto	49
 LA PRÁCTICA DEL ABORTO ANTES Y DESPUÉS DE 1989	 51
Contexto político sanitario del aborto	53
Salud pública y políticas de regulación de la natalidad	53
El aborto inducido como problema de salud pública	56
Aborto terapéutico en Chile: 1931 – 1989	59
Consecuencias de la ilegalidad del aborto terapéutico y cambios en la práctica del aborto clandestino	65
Variaciones del aborto inducido como problema de salud pública: perpetuación de la inequidad social	65
Causales médicas de aborto: ausencia de respuestas sanitarias que favorezcan la vida y la salud de las mujeres	68
Posicionamientos frente al aborto y al derecho a decidir de las mujeres	71
En relación al aborto	71
Los límites de la acción médica en relación al aborto	78
El lugar de las mujeres en la medicina y del derecho a decidir	79

VIOLENCIA SEXUAL Y ABORTO: ESTABLECIENDO CONEXIONES	83
La violencia sexual contra las mujeres es invisible	86
Atención a las mujeres que sufren violencia sexual: entre la invisibilización y el peritaje judicial	89
Centros de Atención a la Mujer de SERNAM: la violencia sexual se indaga pero no se atiende	89
Salas de Primera Acogida para Atención de Víctimas de Violencia Sexual: énfasis en el peritaje judicial	96
La violación y el aborto, túnel sin salida para las mujeres	101
LOS CUERPOS Y LAS VIDAS DE LAS MUJERES: VIOLENCIA SEXUAL Y MATERNIDAD FORZADA	107
Quiénes son ellas	109
Los relatos	109
Daniela	109
Lorena	113
Patricia	116
Paulina	120
Una mirada transversal a los relatos de vida	126
Sexualidad	126
Maternidad	126
Violencia sexual	127
Respuesta institucional	127
Relaciones de género	128
Aborto	128
A MODO DE CONCLUSIÓN	129
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	135
ANEXO	141
Personas que colaboraron con la investigación	143

PRESENTACIÓN



El presente estudio se enmarca en el propósito de la Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual de contribuir a visibilizar las conexiones entre las distintas violencias que viven las mujeres como formas extremas de discriminación y negación de sus derechos, su autonomía y su libertad.

Violencia sexual y aborto: conexiones necesarias pone al descubierto la relación entre la violación y la denegación del aborto, situando esta problemática en el contexto más amplio de denegación de la libertad sexual y reproductiva de las mujeres.

Poner la mirada en esta intersección permite dar cuenta del manto de invisibilidad y silencio que la sociedad chilena y sus instituciones ha tendido sobre estos hechos de común ocurrencia que afectan la integridad y la vida de las mujeres. Al igual que el femicidio y otras formas de violencia contra las mujeres, la violencia sexual no se registra adecuadamente, no se desagregan las cifras, no hay datos confiables disponibles para su prevención y sanción. Las propias mujeres ante el miedo, la estigmatización y la vergüenza viven en silencio experiencias extremas de sufrimiento resultado de la agresión sexual y el abuso de poder y, en innumerables ocasiones, la naturalización de los hechos les impide identificar la invasión de sus cuerpos como violencia.

El sufrimiento y la victimización de las mujeres es aún mayor toda vez que son forzadas a llevar un embarazo y una maternidad producto de una violación. La criminalización del aborto en Chile –herencia de la dictadura militar– y de las mujeres que lo practican aumenta el riesgo de las más pobres, que sólo acceden a esta práctica en clandestinidad y bajas condiciones de salubridad. Por su parte, aquellas que llevan adelante sus embarazos sufren, como se expresa en los relatos de las experiencias de vida de las mujeres, la contradicción, el miedo, la ambivalencia afectiva y una cierta resignación o abandono a su “suerte” que refleja el peso de las representaciones sociales más conservadoras que hacen de la maternidad un mandato obligatorio, y de la ilegalidad del aborto en cualquier circunstancia.

Violencia sexual y aborto: conexiones necesarias entrega información histórica sobre los posicionamientos de diversos actores sociales y políticos, particularmente del sector de la salud, quienes tienen la responsabilidad de atender y velar por la salud de las personas. Del mismo modo hace un recuento del debate y la acción feminista en la defensa de la soberanía de los cuerpos de las mujeres como condición para garantizar sus derechos, y señala lugares sobre los cuales es necesario profundizar la reflexión y la acción política.

La desfragmentación de los discursos y de las prácticas sociales e institucionales en torno a los cuerpos de las mujeres son condiciones indispensables para encarar con seriedad la discriminación y las violaciones a los derechos de las humanas.

Agradecemos a las mujeres y hombres que estuvieron dispuestos a entregar información, exponer sus experiencias y visiones sobre el problema, y a la Fundación Ford y Corporación Humanas que posibilitaron la realización de este estudio.

Soledad Rojas Bravo
Coordinadora
Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual

DE LA INVESTIGACIÓN



La investigación “Violencia Sexual y Aborto: Conexiones Necesarias” se enmarca en el propósito de apoyar la reflexión y acción política del movimiento de mujeres y feminista orientado a lograr la despenalización del aborto en Chile. En particular, el estudio buscó aportar a la superación de la fragmentación temática de la discriminación y violación a los derechos de las humanas, desde una mirada que relaciona la violencia sexual con la denegación de la libertad sexual y reproductiva de las mujeres.

En la perspectiva de la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo en el país, la investigación indagó sobre la cultura institucional del sector salud en relación al aborto terapéutico, a fin de fortalecer las argumentaciones desde este campo y la construcción de alianzas con este sector estratégico. En materia de violencia sexual y aborto, interesó visualizar aspectos de la ruta que siguen las mujeres en búsqueda de atención a través de la revisión crítica de la oferta pública existente y conocer las percepciones del personal sobre el derecho de las mujeres al aborto en casos de violación con resultado de embarazo. El estudio también recogió las experiencias de vida de algunas mujeres que han sufrido violencia sexual y han debido enfrentar embarazos no deseados en consecuencia, así como de una mujer que vivió la experiencia de gestación a término de un feto inviable.

La investigación, de carácter cualitativo, se realizó en tres ciudades –Santiago, Valparaíso y Valdivia– y consideró la revisión de información secundaria, el levantamiento de información primaria a través de entrevistas semiestructuradas y la construcción de relatos de vida de mujeres. Las entrevistas al personal de salud buscaron recoger la experiencia y percepciones de aquellos/as que han estado vinculados/as a la formulación de política pública del sector y a la atención antes y después de 1989, año en que se penaliza el aborto en todas sus formas. En la relación violencia sexual-aborto, interesó conocer la visión de las instituciones públicas que atiende la violencia sexual, en particular del personal de las Salas de Primera Acogida a Víctimas de Violencia Sexual y funcionarias de los Centros de la Mujer de SERNAM. Por último, la construcción de los relatos de vida de cuatro mujeres se enfocó en la vivencia de la sexualidad y la maternidad, la percepción sobre el aborto y la presencia y consecuencias de la violencia sexual en sus vidas.

Las principales dificultades metodológicas encontradas se relacionan con el proceso de búsqueda de información, donde las diferencias entre ciudades capitales y regionales se hicieron sentir en relación a la calidad de la información que fue posible recopilar. Las fuentes de información se concentran en Santiago y, particularmente en lo referido al aborto terapéutico, en Valparaíso y Valdivia no se encuentran experiencias emblemáticas o institucionales de su práctica sino sólo experiencias puntuales de profesionales que trabajaron en alguna medida vinculados a la obstetricia antes de 1989. Por lo tanto, el nivel de reconocimiento o identificación con el aborto terapéutico de parte de los/as profesionales de la salud es menos significativo en estas ciudades.

Sin duda lo más difícil fue construir los relatos de vida. El contacto con mujeres dispuestas a entregar su testimonio tuvo diversas dificultades: algunas derivadas de las falencias mismas del sistema que no ofrece ninguna posibilidad de dar seguimiento a las mujeres que llegan a los servicios de urgencia luego de haber sufrido violación; otras derivadas de la complejidad inherente a estas experiencias que por lo traumáticas son difíciles de compartir.

Los hallazgos del estudio fueron presentados al movimiento de mujeres y feminista en Santiago, Valparaíso y Valdivia a fin de promover la reflexión y el debate, y la identificación de estrategias y acciones dirigidas a desnaturalizar la violencia sexual contra las mujeres, y demandar el respeto y garantía de su derecho a decidir libremente sobre su sexualidad y reproducción.

DESDE DONDE HABLAMOS



Feminismo y aborto

La sexualidad es una construcción social cuya expresión en las realidades históricas y culturales específicas es producto de consideraciones políticas, económicas y simbólicas. El modo que se comprende y se vive –lo permitido y no permitido, lo aceptado y lo reprimido, lo normal y lo patológico– depende de los contextos en que nacen y se desarrollan las personas. Existe, por tanto, un discurso dominante que establece los cánones aceptados de la sexualidad en cada sociedad y momento histórico particular.

De este modo, la sexualidad y todas las vivencias que con ella se vinculan están signadas por la experiencia de género. Como señala Gayle Rubin, “debido a que la sexualidad es un nexo de las relaciones entre los géneros, una parte importante de la opresión de las mujeres está contenida y mediada por la sexualidad”¹. En efecto, desde distintos discursos y prácticas sociales, por siglos se ha naturalizado la relación entre la sexualidad y la capacidad reproductiva de las mujeres, convirtiendo un hecho biológico en el fundamento de la opresión y la dominación.

El mandato de la maternidad es un evento naturalizado y sacralizado en nuestras sociedades. Naturalizado porque la capacidad biológica de dar vida es el cimiento para que socialmente la reproducción, la crianza y el cuidado de los otros marquen, en las mujeres, el sentido primario de su existencia e identidad. En la cultura, la mujer es representada fundamentalmente como madre y esta representación es clave en la construcción de su subjetividad. La sacralización habla de la sujeción del proyecto vital propio a la necesaria perpetuación de la especie.² En función de ésta, las mujeres deben renunciar a sus sueños, proyectos y, si es necesario, a la propia vida.

Las feministas desde el siglo XIX en adelante han colocado la autonomía, la soberanía sobre el cuerpo y la libertad sexual y reproductiva como asuntos políticos, fundamentales en los procesos emancipatorios de las mujeres. Las feministas del novecientos cuestionaron el ideario victoriano que concebía a las mujeres como seres asexuados y fueron las primeras en identificar la sexualidad masculina como generadora de prostitución, enfermedad y muerte. Abogaban por la maternidad voluntaria y colocaban en las mujeres esta decisión.³

Con el cambio de siglo, en Estados Unidos y los países europeos irrumpe con fuerza, al decir de algunas autoras, una “nueva conciencia sexual” asentada en los desarrollos sobre la sexualidad desde la psicología y la sociología, los aportes de la filosofía socialista y la emergencia en la segunda década del novecientos de movimientos de libre pensadores, radicales sexuales y promotores del amor libre, entre otros. Las feministas jóvenes de la época –como las que participaban de la bohemia del Greenwich Village– interpelaron los límites que en todo aspecto se imponían desde el ideario victoriano, sus postulados sobre el rol de la mujer en la sociedad, el matrimonio y la mo-

1 Gayle Rubin, “Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad”. En *Placer y Peligro, Explorando la Sexualidad Femenina*, compilado por Carole Vance. Talasa Ediciones, Madrid 1989, 113.

2 Susana Checa y Martha Rosenberg, “Abortos hospitalizados, un problema de salud pública, una cuestión de derechos reproductivos”. Ediciones El Cielo por Asalto, Argentina 1995.

3 Snitow Ann, Christine Stansell y Sharon Thompson, “Powers of desire: The politics of sexuality”, 13-21. Monthly Review Press: New York, 1983. Estas feministas identificaban la relación entre sexualidad masculina y opresión femenina: la sexualidad femenina se entendía ligada a un natural instinto maternal que se expresaba en la unión física con el ser amado; la sexualidad masculina, agresiva y carente de emocionalidad y compromiso afectivo, generaba prostitución –victimización de la pureza femenina por el vicio masculino– y la enfermedad y muerte de las mujeres casadas producto de la lujuria masculina y los reiterados embarazos.

ral sexual. Demandaron la igualdad sexual con los varones, lo que provocó tensiones con aquellas feministas que veían en los nuevos comportamientos sexuales sólo riesgos y enfermedades para las mujeres, dada su realidad y limitado poder. Aunque el planteamiento de las jóvenes fue más una declaración de principios que una posibilidad real de ejercicio, levantó una nueva comprensión sobre las mujeres como sujetos sexuales, desde su propio derecho y ya no como meros recipientes de los deseos masculinos.⁴

Estas nuevas formas de pensar y vivir la sexualidad se relacionan con el movimiento por el control de la natalidad que emerge a principios de siglo. El control natal era ilegal y afectaba principalmente a las mujeres pobres que sólo podían recurrir al aborto con métodos que provocaban una alta mortalidad. Feministas luchadoras de la época como Emma Goldam, Margaret Sanger y Marie Stopes veían en la anticoncepción un medio para que las mujeres se apropiaran del ejercicio placentero de la sexualidad –libre del temor de los embarazos–, lo que confrontaba la construcción tradicional de la sexualidad femenina, principalmente adscrita al impulso materno.⁵

El aborto era la práctica de control de la natalidad más difundida en la época, especialmente por las mujeres de sectores pobres, ya que los medios anticonceptivos más efectivos –capuchones cervicales y diafragmas– sólo eran accesibles para las de sectores medios y altos y requerían la asistencia médica. El aborto, en cambio, era un asunto de mujeres y de solidaridad entre ellas: “el aborto evocaba no la imagen de confianza del médico, sino de la vecina discreta”.⁶ Por parte de quienes promovían el control natal hubo mucho énfasis en separar sus acciones de la demanda por la legalización del aborto que surgió en esa época. Argumentaban que la anticoncepción estaba dirigida a fortalecer la familia moderna, y calificaban el aborto como una práctica inmoral contraria a la ley y a la naturaleza.

Muchas mujeres, sin embargo, no estaban dispuestas a renunciar a esta práctica y más bien consideraban que tanto la anticoncepción como el aborto cabían en los métodos de control de la fecundidad. Aparecen varias iniciativas para demandar la legalización del aborto, entre ellas, la Abortion Law Reform Society en 1936 en Inglaterra. Sus precursoras –Stella Brown, Alice Jenkins y Janet Chance– declaraban que “el derecho de impedir la concepción de la vida debe incluir, lógica y justamente, el derecho a eliminar la simiente vital que ha sido fertilizada contra la voluntad de la madre, ya sea por accidente o intencionalmente”⁷.

La politización de la sexualidad tiene un momento de gran concreción y proyección con el aporte de las feministas radicales en los años setenta del siglo pasado. Kate Millet y Shulamit Firestone colocaron al patriarcado –como sistema de dominación sexual– en el centro de la opresión de las mujeres.⁸ Desde la convicción que “lo personal es político”, estas feministas hicieron públicos los mecanismos de poder presentes en áreas hasta entonces consideradas privadas como la sexualidad y la familia; de hecho, ellas desafiaron la tradicional familia nuclear y la heterosexualidad que

4 Snitow, Stansell y Thompson llaman a este movimiento la primera revolución sexual.

5 Angus McLaren, “Historia de los anticonceptivos”. Minerva Ediciones, Madrid 1990, 251-253. Existían diferencias profundas en los discursos de estas tres mujeres. Sanger y Stopes promovían el control natal como necesidad para la buena vida familiar, y en ese contexto reclamaban para las mujeres el placer sexual libre del temor de embarazos. Ligaban el control natal a consideraciones económicas y morales. Emma Goldman, en cambio, defendía la anticoncepción desde una postura libertaria de las mujeres; concebía el matrimonio como una desgracia –institución que servía para sacrificar a las mujeres en el altar de la maternidad– y promovía y defendía el aborto como un ejercicio de autonomía y soberanía sobre el cuerpo.

6 *Ibíd.*, 269.

7 *Ibíd.*, 266.

8 Los textos clásicos de estas dos feministas son *Política Sexual*, de Millet, y *Dialéctica del Sexo*, de Firestone.

ésta presupone. Al ubicar la sexualidad en su dimensión política, es decir, como lugar de ejercicio de poder, las feministas radicales develaron la violencia contra las mujeres como expresión del poder masculino.

El aborto, como una experiencia de las mujeres de todos los tiempos, se liga desde entonces a la soberanía sobre el cuerpo, a la autonomía y a la libertad sexual y reproductiva de las mujeres. Tanto en Europa como en Estados Unidos, el feminismo radical fue fuente e inspiración para la creación de grupos de autoconciencia y de colectivos de reflexión y debate que dieron lugar a importantes protestas públicas en los años sesenta y setenta. El movimiento por el aborto hizo de esta práctica, individual y silenciada, un hecho público y colectivo: las mujeres hablaban sobre sus abortos ilegales entre ellas, ante la justicia y los medios de comunicación. “Aborto Libre y Legal” fue el lema propuesto por las francesas que sirvió de modelo para las campañas de la época. Como consecuencia de estas luchas feministas, desde los años sesenta y durante los setenta, gran parte de los países europeos y Estados Unidos despenalizaron el aborto.

En la región latinoamericana, los cuestionamientos a los modelos de sexualidad y reproducción impuestos a las mujeres aparecen, en varios países, a comienzos del siglo XX. En Yucatán, México, el primer encuentro feminista celebrado en 1916 se pronunció sobre el derecho a decidir sobre la maternidad, en términos de “no dejar que este hecho fuera marcado por la casualidad, sino por una decisión personal y autónoma”.⁹ En Argentina, el movimiento anarquista propugnaba por la igualdad de los sexos, la libertad de los cuerpos y la autorregulación reproductiva.¹⁰ En el contexto de los nacientes movimientos de trabajadores en las primeras décadas del siglo, la demanda de acceso a métodos de control de la fecundidad se ligaba a la realidad de las mujeres proletarias.

En Chile, a principios de siglo surgen de los Centros Femeninos Anticlericales Belén de Sárraga, inspirados en el pensamiento de esta feminista española que visitó el país en 1913. Ella bogaba por la libertad de las mujeres y denunciaba el rol de la iglesia en su subordinación: “¿Por qué, señores, la familia así constituida por la mujer ha de ser siervo que consulta a la iglesia ante sus intereses... y no ha de libertarse de todos los preceptos de esa inferioridad dogmática?”.¹¹

En los años 30, surge el Movimiento pro Emancipación de la Mujer MEMCH que desde sus inicios levanta el acceso a la planificación familiar y la legalización del aborto. En una carta dirigida al Director de Sanidad de la época se demanda la “...imperiosa necesidad de que las autoridades sanitarias intervengan en beneficio de la madre y el niño proletario. Una de las formas más efectiva sería, la divulgación de los métodos de control de los nacimientos y el reparto gratuito de los medicamentos... pedimos que bajo ciertas condiciones y en determinadas circunstancias, como son los casos de familia numerosa, enfermedad o falta de medios económicos, se permita a la mujer abortar en los establecimientos hospitalarios del Estado. En otras palabras, pedimos el reconocimiento y reglamentación del aborto a fin de que pueda ser practicado científicamente”.¹²

9 Ana María Portugal y María Isabel Matamala, “Movimiento de salud de las mujeres. Una visión de la década”. Publicado en Género, Mujer y Salud en las Américas, OPS. Publicación científica # 541. Washington 1993.

10 Mabel Bellucci, “Anarquismo, sexualidad y emancipación femenina. Argentina alrededor del 900”. En Nueva Sociedad N° 109 septiembre/octubre 1990. http://www.nuso.org/upload/articulos/1926_1.pdf

11 Luis Vitale y Julia Antivilo, “Belén de Sárraga, precursora del feminismo hispanoamericano”. Ediciones CESOC, Santiago 1999, 74.

12 MEMCH, “Antología del MEMCH”, Santiago s/f.

Las reflexiones y la acción política de las feministas europeas y estadounidenses en los años sesenta y setenta influyen en las latinoamericanas. Con diferencias entre países –en razón de las realidades y urgencias políticas de entonces– en grupos de autoayuda y colectivos de diverso tipo las mujeres reflexionan, a partir de sus propias experiencias de vida, sobre su sexualidad, sus cuerpos cooptados por la maternidad, sus abortos. El placer, el erotismo, el amor entre mujeres y, en general, la autonomía y la libertad sexual marcaban los sentidos de estas reflexiones.

La salud de las mujeres, particularmente la salud reproductiva, se convierte en un campo de acción fundamental. A nivel internacional se levantan campañas que visibilizan los efectos del aborto ilegal en las mujeres, particularmente en relación a la mortalidad materna. Las latinoamericanas participan en estas iniciativas y conforman, además, espacios de articulación y acción regionales por la salud de las mujeres. En la primera Reunión Regional Mujer y Salud celebrada en Colombia en 1984, se crea la Red de Salud de las Mujeres de América Latina y el Caribe RMSLAC. A nivel internacional, en 1987, se acuerda –en el marco del V Encuentro Internacional de Mujer y Salud en Costa Rica– el 28 de mayo como el Día Internacional de Acción por la Salud de la Mujer, cuyo primer eje central de acción fue la mortalidad materna, visibilizando en ella la que resulta del aborto clandestino.

Desde los años ochenta, la lucha por la despenalización del aborto en el continente ha sido una constante de las feministas latinoamericanas y caribeñas, y a partir de 1990 es objeto de una campaña regional. El V Encuentro Feminista de Latinoamérica y el Caribe estableció el 28 de septiembre como el Día por la Despenalización del Aborto en toda la región. En la Carta de Guanabara –documento político de la campaña– el derecho al aborto se instala como un asunto de democracia y de justicia social, se exige a los Estados su despenalización y la legitimación de todas las razones que tienen las mujeres para requerirlo.¹³ El garante de estos derechos es el Estado laico que desculpabiliza las decisiones de las mujeres y respeta la libertad de opciones.

Las feministas de los años ochenta mostraron que la lucha por el aborto es parte de una lucha mucho mayor por la libertad sexual y reproductiva de las mujeres.¹⁴ Esta ha sido la base para el desarrollo de los derechos sexuales y reproductivos. La conceptualización de estos últimos estuvo directamente relacionada con las luchas por el derecho al aborto libre y legal y a la anticoncepción que se produjeron en los países industrializados.¹⁵ Los sexuales, se han nutrido de las reflexiones sobre la autodeterminación sexual del feminismo y de las luchas en contra de la discriminación que levantan las comunidades lesbianas y gay. La formulación de estos derechos dice relación con las estrategias del movimiento feminista de colocar como asuntos fundamentales de los derechos humanos, la libertad sexual y reproductiva de las mujeres, así como de hacerlos exigibles al Estado en forma de políticas públicas que los contengan. Los planes de acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo, 94) y de la Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 95) muestran los niveles de consenso alcanzados por los Estados en este sentido: establecen el derecho de la persona y la pareja a elegir respecto de su capacidad reproductiva y a contar con los medios que le/les permitan viabilizar estas decisiones sin riesgos para su propia salud; legitiman la sexualidad desprovista de fines procreativos; reconocen el derecho de las

13 Para éste y otros documentos ver <http://www.reddesalud.org>

14 Snitow et al. relevan como aportes importantes en esta formulación los textos de Linda Gordon (*Women's Body, Women's Right*), y de Rosalind Petchesky (*Reproductive Freedom: Beyond a Woman's Right to Choose*). Snitow et al., op. cit., 37.

15 Sonia Correa, "Los derechos sexuales y reproductivos en la arena política". *Mujer y Salud en Uruguay* MYSU, Uruguay 2003.

mujeres a ejercer su sexualidad libres de discriminación, coerción y violencia; y, respecto del aborto, asumen que aquel que no se realiza en condiciones adecuadas es un serio problema de salud pública y se recomienda a los Estados revisar la legislación punitiva en relación con las mujeres.¹⁶ A pesar de los esfuerzos de las mujeres, no fue posible en estas conferencias colocar los derechos sexuales como tales, quedando subsumidos en los reproductivos.

Dentro del feminismo, el contenido de los derechos sexuales y reproductivos está en construcción y es objeto de reflexiones y debates. Se discute sobre la fragmentación implícita en sus definiciones y la necesidad de avanzar en formulaciones que reconozcan que, en la sexualidad de las mujeres, la reproducción es sólo un aspecto. Algunas autoras proponen, desde esta perspectiva, incorporar en los derechos sexuales los reproductivos: "Sentar el concepto de derechos sexuales es un gran avance para superar la fragmentación conceptual y de hecho que la sexualidad humana ha padecido tanto en el campo del derecho como en los de la salud y la política, particularmente la sexualidad de las mujeres y significa descentrar a la sexualidad de la reproducción como su única expresión posible y ética".¹⁷

Otro aspecto del debate dice relación con la acción política feminista cuyo sentido es mucho más amplio que el reconocimiento formal de los derechos de las mujeres. En este sentido, la lucha por el aborto tiene una potencialidad emancipadora que el lenguaje de los derechos sexuales y reproductivos le sustrae.¹⁸ En el trasfondo de estas discusiones está la crítica a la institucionalización del movimiento de mujeres y feminista, la cooptación y despolitización de sus discursos, y la ausencia de radicalidad en sus demandas.

En América Latina y el Caribe las reflexiones sobre el aborto se han centrado en los campos de los derechos humanos, de la justicia social y de la salud pública. Son impulso y sostén de esta producción la acción del movimiento feminista y la campaña regional para su despenalización, el desarrollo del lenguaje de los derechos sexuales y reproductivos y la coyuntura de las cumbres mundiales, particularmente la del Cairo y de Beijing. Las investigaciones realizadas en varios países de la región han roto con los mitos sobre el "perfil" de la mujer que aborta; han demostrado que ésta es una experiencia de las mujeres de todas las edades, religiones, sectores socio-económicos, etnias y razas. Los estudios también han mostrado que la sexualidad de las mujeres latinoamericanas y caribeñas está cruzada por la falta de autodeterminación y la violencia.

En el marco de la lucha contra la dictadura y en los debates sobre el proyecto democrático, las feministas en Chile, desde comienzos de los ochenta, colocaron el derecho a la planificación familiar y la despenalización del aborto entre sus demandas a la democracia. Tanto en el Manifiesto Feminista: Demandas Feministas a la Democracia (1983) como en los Principios y Reivindicaciones que Configuran la Plataforma de la Mujer Chilena (1985) se exige que éstas formen parte de la

16 El texto del Plan de Acción adopta la definición de la Organización Mundial de la Salud: "se entiende por aborto peligroso el procedimiento realizado por personas que no poseen las calificaciones necesarias, o en un medio en que no existen los requisitos médicos mínimos, o ambas cosas, con el objeto de poner término a un embarazo no deseado".

17 Zulema Palma, "Salud, pobreza y derechos sexuales y reproductivos". Ella propone definir los derechos sexuales como "el conjunto de derechos humanos inalienables que tienen las personas de tomar decisiones libres, sin violencia, sin coacción ni discriminación de ningún tipo, sobre su propia sexualidad, tanto en sus aspectos corporales y relacionales como en sus aspectos reproductivos", y a los derechos reproductivos como "aquellos derechos sexuales que implican la libre determinación sobre la propia fertilidad, que incluyen el derecho a no tener hijos y a tenerlos en el número, con el espaciamiento y en el momento que las personas, solas o en pareja así lo decidan, sin ningún tipo de coacción, discriminación ni violencia". Ver <http://www.coopvvgg.com.ar/ceide/articulos7.htm>

18 María Alicia Gutiérrez, "Saberes de la opresión, saberes de la emancipación: la historia del movimiento de mujeres en la lucha por el aborto legal". Ponencia presentada al V Congreso CEISAL, Bruselas 2007.

agenda democrática. En las Demandas de las Mujeres a la Democracia (1988) se reclama el respeto a la “libertad de elegir ser madres o no y que se garantice a mujeres y hombres el derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el intervalo de nacimientos y acceso a la información, educación y medios que permitan el ejercicio de este derecho”.¹⁹ “Democracia en el País y en la Casa” fue la consigna que levantaron las feministas de la época, colocando con ella en el debate público la violencia contra las mujeres y la falta de libertad sexual y reproductiva como asuntos políticos de primer orden de la democracia.

Uno de los últimos actos del dictador Pinochet fue la derogación del aborto terapéutico en 1989, con lo cual Chile pasó a formar parte de los pocos países en el mundo que penalizan la interrupción del embarazo en cualquier circunstancia. Las urgencias políticas de la época hicieron imposible en ese momento oponerse y resistir este gran retroceso en los derechos de las humanas. Los gobiernos de la Concertación de Partidos por la Democracia, en el poder los últimos veinte años, tampoco se han comprometido con la demanda de las mujeres al punto que ni siquiera la reposición del aborto terapéutico ha formado parte de sus agendas de gobierno.

La lucha por el aborto en el país se ha enmarcado preferentemente en el campo de la salud de las mujeres y en el contexto del reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos. A fines de los años ochenta, al calor de la lucha contra la dictadura, se gesta el movimiento de salud que, posteriormente, desembocará en la formación del Foro Abierto de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (1994). Las reflexiones y acciones en estos espacios se vincularon desde sus comienzos a las campañas internacionales y regionales en torno a la salud de la mujer y a favor de la despenalización del aborto, específicamente, al 28 de mayo y al 28 de septiembre.²⁰

Durante la década de los noventa, se exigen al Estado políticas integrales de atención a la salud de las mujeres, con especial acento en la prevención de la morbilidad materna y la atención a las consecuencias del aborto inseguro. Un evento particularmente importante fue la organización del Simposio Nacional “Leyes para la salud y la vida de las mujeres: hablemos de aborto terapéutico” en 1993, que convocó a profesionales de la salud, de las ciencias sociales y activistas del movimiento de mujeres con el propósito de construir alianzas a favor de la reposición del aborto terapéutico.²¹ Otro hito importante fue la elaboración del Proyecto de Ley Marco de Derechos Sexuales y Reproductivos en el año 2000 –única propuesta legislativa que respeta la libertad y autonomía de las personas para disfrutar de la sexualidad y tomar decisiones sobre la reproducción– en la que participaron el Foro y varias organizaciones de mujeres.²²

Las demandas en salud de las mujeres que se han levantado desde diversas organizaciones y espacios de articulación como el Foro han recibido respuestas parciales en la legislación y las políticas públicas. Pero frente al aborto, incluida la atención humanizada de sus complicaciones, el Estado continúa haciendo oídos sordos, postura que reitera frente a los organismos de

19 Todos estos documentos se pueden consultar en “Una Historia Necesaria: Mujeres en Chile, 1973-1990”, de Edda Gaviola, Eliana Largo y Sandra Palestro. Santiago, 1994.

20 Para una revisión de la historia del Foro ver “Foro Abierto de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos: construir poder social en salud desde las mujeres”. Documento en elaboración, cuya versión inicial ha sido elaborada por María Isabel Matamala con la colaboración de Mireya Zuleta y Rosa Ferrada.

21 Paula Santana, “Contribuciones de los movimiento de mujeres y feministas a la equidad en salud. La experiencia chilena”. Estudio de caso presentado a Health Systems Knowledge Network de la Organización Mundial de la Salud, marzo 2007.

22 Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos. Boletín 2608-11 del 19/10/00 presentada por Isabel Allende Bussi, Gabriel Ascencio Mansilla, Rosa González Román, Carlos Abel Jarpa Wevar, Víctor Jaime Barraeto, Jaime Mulet Martínez, Osvaldo Palma Flores, Fanny Pollarolo Villa, Marina Prochelle Aguilar y María Antonieta Saa Díaz.

vigilancia de los tratados de derechos humanos que insistentemente han recomendado al país modificar la legislación vigente.²³

Sin embargo, un problema de fondo en la débil presencia del aborto en las demandas de las mujeres es la ausencia de la reflexión y el debate en el propio movimiento feminista chileno. Los discursos y la acción política se han mantenido en el espacio de las iniciativas por la salud de las mujeres, muy en función de la interlocución con el Estado, y sin trascender al resto del movimiento. Se han expresado distintos acercamientos –aborto terapéutico, legalización, despenalización– sin que ninguno de ellos haya sido debatido en profundidad. La falta de claridad política incide en la fuerza con que el derecho al aborto es exigido y sobre la posibilidad de alianzas con otros sectores para demandar su reconocimiento.²⁴

Recientemente se han abierto espacios de debate en el feminismo –entre ellos la Articulación 28 de Septiembre, colectivos de jóvenes y de distintas corrientes feministas– que recuperan el aborto como una experiencia de las mujeres y se centran en el derecho a la autodeterminación de los cuerpos. Destaca también la urgencia política –planteada desde distintos espacios organizativos, entre ellos la Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual– de superar la fragmentación temática a la que se ha visto reducida la acción feminista de los últimos tiempos. La negación del derecho a decidir sobre el propio cuerpo, la sexualidad y la maternidad son manifestaciones de violencia contra las mujeres, perpetrada por individuos particulares y por el Estado. Al mismo tiempo, la arremetida mundial de los fundamentalismos plantea la necesidad de exigir, hoy más que nunca, la vigencia del Estado laico, que garantiza y amplía los derechos que corresponden a todas y todos.

Violencia sexual y aborto

La violencia contra las mujeres, violencia específica resultado de la desigualdad de poder entre hombres y mujeres, es visibilizada por las feministas a partir de los años setenta. Su sentido es el control y dominio masculino sobre el cuerpo y la vida de las mujeres, y es el mecanismo de aleccionamiento y castigo a cualquier expresión que transgreda el orden de género establecido.

Esa violencia se expresa de muchas maneras: a través de la agresión física y el femicidio, de la degradación y humillación, de la denegación de medios de subsistencia y de la invasión sexual al cuerpo de las mujeres. Los agresores son hombres con quienes ellas mantienen o mantuvieron relaciones afectivas, familiares, conocidos y desconocidos. La violencia, por tanto, está presente en todos los ámbitos de la vida de las mujeres.

La violencia sexual es expresión de poder y control sobre el cuerpo sexuado y la sexualidad de las mujeres, y constituye una violación a la soberanía sobre su territorio primario, el cuerpo, y su autonomía sexual y reproductiva. Son manifestaciones de la agresión sexual la violación,

23 Comité de la CEDAW, 36º período de sesiones, recomendaciones 228 y 229, febrero 2006; Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, documento E/C.12/Add.105, del 1º de diciembre de 2004; Comité contra la Tortura, documento CAT/C/CR/32/5 de junio 2004; Comité de Derechos Humanos, documento CCPR/CHL/CO/5 del 18 de mayo 2007.

24 En el Encuentro Nacional Feminista realizado en el año 2005 se produjo un debate sobre el aborto que refleja lo aquí afirmado. Ver “Aquí se Construye Poder Feminista”, Memoria del Encuentro Nacional Feminista 2005, Santiago 2006, 43-46.

el incesto, el acoso y hostigamiento sexual, el uso de las mujeres en la pornografía, la explotación sexual, la esterilización o la maternidad forzada, la mutilación genital, el tráfico de mujeres con fines sexuales y la prostitución forzada, la desnudez forzada, los manoseos y las tocaciones, los insultos y las agresiones verbales de carácter sexual, entre otras.

Los relatos de las mujeres develan la constancia de la violencia sexual en sus vidas. Tal como señala Radhika Coomaraswamy, Relatora sobre Violencia contra las Mujeres de Naciones Unidas, “como una expresión de la violencia contra la mujer, la violación y la violencia sexual, incluido el acoso sexual, son fenómenos universales que existen en todos los países y culturas, que se emplean como armas para degradar y aterrorizar a la mujer. Todas las formas de violencia sexual contra la mujer son métodos empleados para su sometimiento mediante el control de su sexualidad por la violencia, el miedo y la intimidación”.²⁵

La Organización Mundial de la Salud define la violencia sexual como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo. La violencia sexual abarca el sexo bajo coacción de cualquier tipo incluyendo el uso de fuerza física, las tentativas de obtener sexo bajo coacción, la agresión mediante órganos sexuales, el acoso sexual incluyendo la humillación sexual, el matrimonio o cohabitación forzados incluyendo el matrimonio de menores, la prostitución forzada y comercialización de mujeres, el aborto forzado, la denegación del derecho a hacer uso de la anticoncepción o a adoptar medidas de protección contra enfermedades, y los actos de violencia que afecten a la integridad sexual de las mujeres tales como la mutilación genital femenina y las inspecciones para comprobar la virginidad”.²⁶

La violencia sexual contra las mujeres se produce en todos los sectores sociales y en los distintos ámbitos donde ellas se desenvuelven: en el marco de sus relaciones afectivas, en la familia, en la comunidad, en los espacios laborales, educacionales y de cultos religiosos, y en la calles. La violencia sexual también forma parte del lenguaje cotidiano y está presente en la publicidad y en los medios de comunicación. La imagen del cuerpo de las mujeres, como cuerpo del cual se puede disponer y se puede invadir, se repite constantemente y se reproduce en la cultura.

El control sobre el cuerpo y la sexualidad de las mujeres es piedra angular de la dominación de género y, al mismo tiempo, es medio para su reproducción. La violencia sexual contra ellas es una práctica naturalizada que se sustenta en la burda percepción de que los hombres son siempre sexualmente activos y que las mujeres, en cambio, son pasivas o se satisfacen con menos. Ese impulso masculino se “activa” con estímulos externos, es decir, es provocado por las mujeres. Así, la sexualidad femenina, el comportamiento sexual esperado, lo adecuado o inadecuado de su conducta se define desde el poder masculino.

La subordinación sexual de las mujeres hasta hace muy pocos años se reafirmaba en la ley; en Chile, la violencia sexual se ha considerado delito contra “el orden de la familia

25 Naciones Unidas, Informe de la Relatora Especial sobre Violencia contra las Mujeres, Sra. Radhika Coomaraswamy, E/CN.4/1997/47, 12 de febrero de 1997.

26 Organización Mundial de la Salud, Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Washington 2002.

y la moralidad pública” y no como agresión contra la libertad y autonomía sexual de las personas. Como dice Rhonda Copelon, “la ofensa es en contra de la dignidad y el honor masculino, o el honor nacional o étnico en casos de conflicto armado... las mujeres son el objeto de un ataque vergonzante, la propiedad u objeto de otros, necesitando protección tal vez, pero no sujetos de derecho”.²⁷

En el ideal mariano que cruza el ideario de la feminidad en nuestras culturas, las mujeres son santas, madres o son putas. En este imaginario, que construye subjetividades, las mujeres viven la violencia sexual con sentimientos de culpa, de temor y de vergüenza. “La violación es una invasión de las partes más privadas e íntimas del cuerpo de una mujer, así como una agresión a la esencia misma de su personalidad”.²⁸ Por ello, la violencia sexual y la violación tradicionalmente se han considerado cuestiones del ámbito “privado”, hechos sobre los cuales es mejor guardar silencio.

Hacer pública la experiencia de la violencia sexual puede significar para la mujer estigmatización y descalificación moral. Tanto en la denuncia como en los procesos judiciales, los funcionarios policiales y los administradores de justicia ponen en duda su testimonio, revisan su historia de vida y su comportamiento, otorgan especial importancia a la resistencia activa a la agresión y que haya mediado en ésta el “uso manifiesto de la fuerza”. En los juicios de violencia sexual, no sólo el comportamiento masculino es juzgado; lo es también la conducta de las víctimas.²⁹ La ley establece una gradación de la castidad y la condición moral de las mujeres; a partir de los 14 años, en el caso chileno, ésta debe ser demostrada.

La naturalización de la violencia sexual hace de ésta una práctica socialmente tolerada, en particular en el marco de las relaciones afectivas. Los hombres tienen la facultad de disponer y acceder al cuerpo de “sus” mujeres. Aun cuando en Chile la violación en el matrimonio está penalizada, se mantiene en el imaginario que la satisfacción sexual masculina forma parte del deber conyugal. Las propias mujeres tienen dificultades de significar la violencia sexual como tal, en razón de los desequilibrios de poder en la pareja, de los aprendizajes culturales sobre la sexualidad y por la perversa comprensión del amor que se ha inculcado a las mujeres.³⁰ Una investigación sobre violencia sexual conyugal en Santiago mostró que “las mujeres encuestadas, aceptan ampliamente los estereotipos de comportamiento sexual tanto femenino como masculino, existiendo una fuerte relación entre la aceptación de tales estereotipos y las experiencias de violencia sexual. De modo que si observamos que los estereotipos de comportamiento sexual, tanto femenino como masculino, implican por una parte la negación soterrada de los derechos sexuales de las mujeres y por otra, una aceptación velada del poder masculino, entonces podemos validar nuestra interpretación referida a la naturalización de la violencia sexual y del poder masculino”.³¹

La práctica de invasión sexual al cuerpo de las mujeres presente en la cultura se produce tanto en tiempos de paz como en situaciones de conflicto armado. En estos contextos, el control del cuerpo y la sexualidad de las mujeres se convierten en instrumento de venganza y de castigo. Venganza, porque en el marco de la ideología patriarcal que considera a las mujeres

27 Rhonda Copelon, “Crímenes de género como crímenes de guerra: integrando los crímenes contra las mujeres en el derecho penal internacional”. McGill Law Journal, 2000.

28 Radhika Coomaraswamy, E/CN.4/1997/47, 12 de febrero de 1997.

29 Ibid.

30 “El amor es más fuerte”, dijo el Papa.

31 Educación Popular en Salud (EPES), “Violencia sexual conyugal, estereotipos de género y orientaciones para la Prevención”. Santiago, 2005.

como objetos sexuales y depositarias del honor masculino y de la comunidad, la violación y la tortura sexual se consideran ataques contra los hombres del grupo enemigo. El cuerpo de las mujeres es el campo de batalla: “la ineficacia de los hombres para proteger a sus mujeres, controlar su sexualidad y sus capacidades reproductivas, era considerada como un símbolo de debilidad del enemigo”.³²

Castigo, porque en la violencia sexual se penaliza la transgresión al rol que socialmente corresponde a las mujeres. Nubia Becker, presa política durante la dictadura de Pinochet, afirma que a través de la tortura sexual se castigaba el cuerpo liberado –“que se atrevió a vivir la sexualidad independiente de la maternidad”– y el pensamiento y acción en la política que es un área privativa de los varones, “castigo cruel y hostigamiento constante por el atrevimiento de andar metidas en la política, según su jerga, fosforeando”.³³

La violencia sexual contra las mujeres vulnera su libertad sexual y reproductiva, y afecta el desarrollo de una sexualidad plena y placentera. Los daños con consecuencias graves para su salud sexual y reproductiva son, entre otros: el contagio con enfermedades o infecciones de transmisión sexual, y el aumento del riesgo de contraer SIDA; las enfermedades inflamatorias de pelvis y cáncer cervical; los embarazos no deseados; traumas emocionales profundos que se manifiestan en depresión, incapacidad de concentración, perturbaciones del sueño y la alimentación, sentimientos de enfado, humillación, autoinculpación, estrés postraumático, tendencias suicidas, y problemas sexuales como frigidez, temor al sexo y funcionamiento sexual disminuido.³⁴

En la relación entre la violencia sexual y el embarazo no deseado se articulan y potencian la violación a la libertad y autonomía sexual de las mujeres, y la negación de su libertad reproductiva. La sacralización de la maternidad en Chile llega al extremo de obligar a las mujeres a dar vida, amamantar, cuidar y criar al producto de una violación. El Estado chileno ejerce violencia contra las mujeres al forzarlas a continuar su embarazo no deseado o a someterse a un aborto en condiciones de inseguridad y clandestinidad.³⁵ Las muertes que estos abortos provocan son femicidios, porque son muertes de mujeres producto de la negación de sus derechos y del castigo a su capacidad de decisión.

Aborto y salud

Las mujeres en la medicina: entre la fragmentación y la histeria

El ámbito de la salud es una de las líneas de aproximación para abordar el aborto por ser éste uno de los campos privilegiados de significación del cuerpo de las mujeres, así como de afirmación de los parámetros culturales que organizan las relaciones entre hombres y mujeres y sus respectivas asignaciones de poder.

32 Dette Denich, “Feminism, nationalism and militarism”, citada por Radhika Coomaraswamy, op. cit.

33 Nubia Becker, “Quiénes éramos. Una agenda para recordar”. En *Memorias de Ocupación. Violencia Sexual contra Mujeres Detenidas durante la Dictadura*. Corporación Humanas, Santiago 2005.

34 Radhika Coomaraswamy, E/CN.4/1997/47, 12 de febrero de 1997.

35 Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual, Dossier de Prensa de la Campaña ¡CUIDADO, EL MACHISMO MATA! 2007.

La revisión crítica de la conceptualización del cuerpo que ha hecho la medicina a lo largo de su historia debe realizarse desde la comprensión que “el cuerpo, en tanto categoría cultural, nos permite comprender nuestra sociedad y su propia historicidad. Especialmente, debemos comprender que la relación que establezcamos con el cuerpo forma parte de nuestra propia manera de hacer cultura y sociedad”.³⁶ Las huellas de esta historia en el cuerpo de las mujeres están presentes en la práctica médica y en las políticas de salud y de población actuales que giran en torno a su capacidad reproductiva.

Vesalio y Descartes son fuentes obligadas para comprender el enfoque biomédico que, con distintos matices, predomina hasta hoy en la forma de ejercer la medicina: “Tanto en uno como en otro se manifiesta una preocupación por el cuerpo descentrado del sujeto al que le presta su consistencia y su rostro. El cuerpo es visto como un accesorio de la persona, se desliza hacia el registro del poseer, deja de ser indisociable de la presencia humana (...). El hombre de Descartes es un collage en el que conviven un alma que adquiere sentido al pensar y un cuerpo, o más bien una máquina corporal, reductible sólo a su extensión”.³⁷

En la filosofía mecanicista, el cuerpo se desprende de su esencia humana para convertirse en una máquina, representando un sistema “perfecto” que funciona independientemente de quién lo posee, que puede ser objeto de estudio, analizable y aislable en cada una de sus partes. La disociación entre cuerpo y persona se plantea también en la tradición cristiana aunque con otros fines –la “carne” versus el “alma” es la disyuntiva que guiará la vida de los pueblos durante largos siglos–, debatiéndose entre la carga maliciosa que representa el cuerpo y el desprendimiento necesario a través del sacrificio y la expiación para alcanzar el perdón: “Con los anatomistas, el cuerpo deja de agotarse por completo en la significación de la presencia humana. El cuerpo adquiere peso; disociado del hombre, se convierte en un objeto de estudio como realidad autónoma. Deja de ser el signo irreductible de la inmanencia del hombre y de la ubicuidad del cosmos”.³⁸

Según María Angélica Illanes, en la Edad Media la dualidad naturaleza y espíritu sustentaba una relación de negación y desprecio con el cuerpo, ya que cada ser humano debía “cargar” con su cuerpo, sus dolencias y necesidades, como castigo por el pecado original.³⁹ El cuerpo de los pobres encarnaba en mayor grado a la naturaleza, por lo que debía expiar su pecado a través del trabajo y el dolor físico, y de la enfermedad.

Posteriormente, el individualismo da el impulso necesario a la medicina para estudiar el cuerpo humano, ya que lo libera de la unidad con el alma y el designio divino. El cuerpo pasa a ser propiedad del ser humano y no su esencia, se desprende de su unidad cósmica y comunitaria y emerge el individuo con un cuerpo que es su límite con el otro, que puede comprender, transformar y someter a la naturaleza.

El cuerpo de las mujeres es también una máquina. Sin embargo, una máquina con desperfectos, siempre en referencia opuesta al cuerpo de los hombres, versión de la “máquina

36 María Angélica Illanes, “El cuerpo como cultura: el caso chileno”. En: Samaritanas, Mediadoras y Guardianas: Poder y Ciudadanía de las Mujeres en la Salud. Seminario Taller. Guadalupe Santa Cruz y Victoria Hurtado. Ed. Instituto de la Mujer. Santiago, 1995.

37 Le Breton, David. “Antropología del cuerpo y la modernidad”. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires. 1990, 69.

38 *Ibid.*, 47.

39 María Angélica Illanes, “El cuerpo como cultura...”

perfecta". En este contexto, pasa a ser un objeto de estudio bastante particular por lo extraño que aparecía ante los médicos un cuerpo distinto al suyo, cuyo principio distintivo, el aspecto sexual y reproductivo, fue desde la época griega el eje de su definición, generando con ello el enfoque determinista que se aplicaría a las mujeres en adelante: la función reproductiva determinaría una mayor tendencia a la enfermedad y a la inestabilidad. Las mujeres son presas de su aparato reproductor: "Se creía que las funciones reproductivas de la mujer no sólo la hacían proclive a sufrir achaques y enfermedades corporales, sino que podían acarrear estados psicológicos alterados, trastornos mentales, melancolía profunda, amago de homicidio e infanticidio y semi locura. Todo indica que la mujer normal, tal y como se la construía, es una figura liminal cuya fisiología linda con la enfermedad".⁴⁰

Así, entonces, el cuerpo de las mujeres se constituye en un objeto de estudio extraño pero fascinante para la medicina. Por ello, se creó la ginecología como la ciencia médica sobre la mujer, estableciendo una relación directa entre su aparato reproductor y su emocionalidad, tal como queda reflejado en la definición que, en 1876, la Sociedad Ginecológica Española daba a la histeria: "afección femenina procedente de problemas uterinos u ováricos que afectaban al sistema nervioso central...".⁴¹ La histeria es sin duda gran referente para comprender la misoginia de la medicina de aquella época, especialmente de la ginecología y la psiquiatría, que dio pie a un tratamiento despectivo de las mujeres, como ninfómanas, impulsivas, desequilibradas y una serie de características que denigraban su condición: "... la histeria se originaba en una serie de defectos de carácter y se desarrollaba sólo en mujeres impulsivas, fraudulentas, coquetas, excéntricas, emotivas y propensas a la lascivia. La pacientes se caracterizaban como presentando una emotividad y sensibilidad exageradas, con altibajos excesivos".⁴²

En el plano de la sexualidad, "con el descubrimiento que la ovulación era espontánea y no provocada por el coito y el orgasmo", comenzó la patologización del placer femenino. Freud contribuyó a ello al plantear su teoría del orgasmo vaginal, donde éste representaba la normalidad y el clitoriano representaba una sexualidad "inmadura, neurótica y masculinizada".⁴³

En esta misma época –mediados del siglo XIX– surge la corriente higienista para combatir las grandes epidemias como el cólera y la sífilis, que promueve una imagen de la mujer como madre asexuada (custodiadora de la limpieza, la moral y la buena conducta). Así, entonces, "el médico, en la sociedad burguesa, sustituye al cura como regulador del orden. La salud reemplaza a la virtud como clave de la buena conducta y es esgrimida como valor definitivo de la clase media".⁴⁴

La autoridad en la significación del cuerpo –de cómo deben atenderse sus padecimientos, la cura de las enfermedades y otros fenómenos humanos esenciales tales como el nacimiento y la muerte– ya no son las comunidades y sus culturas, o las mismas personas que lo viven, sino que recae en los especialistas. El cuerpo humano es controlado por la medicina: "El saber, en parte consensuado, que está basado en las tradiciones y que es potencialmente compartido por el conjunto de la comunidad, es sustituido poco a poco por un saber de especialistas, los únicos aptos para

40 Catherine Jagoe, Alda Blanco, Cristina Enríquez de Salamanca, "La mujer en los discursos de género. Texto y contextos en el Siglo XIX". Editorial Icaria y Antrazyt, Barcelona 1998, 307.

41 *Ibíd.*, 343.

42 *Ibíd.*, 344.

43 *Ibíd.*, 316 y 317.

44 *Ibíd.*, 320.

apreciar los criterios de lo verdadero a partir de un conjunto de reglas que pretenden una validez independiente de las culturas y de la historia”.⁴⁵

Tanto para la medicina como para la iglesia, el poder que las mujeres han desarrollado a través de la historia sobre sus propios cuerpos y el cuerpo humano en general desde una aproximación distinta a la naturaleza, siempre ha constituido una amenaza. Expresión de ello son las múltiples represiones, asesinatos y genocidios que aparecen en la historia, destinados a desterrar el saber de las mujeres sobre el cuerpo y la salud: las quemaduras de brujas en la Edad Media, la persecución de las machis y parteras, y la cooptación del saber popular e indígena.

Hoy en día, las huellas en la forma de concebir a las mujeres en la medicina son profundas en la práctica de salud así como también en las políticas públicas, tal como lo reconoce el Ministerio de Salud en un documento sobre atención humanizada en salud: “La prevalencia del enfoque biomédico, desde el punto de vista histórico, se puede entender por la necesidad que hubo en Chile (y el mundo) de controlar la morbilidad materna y perinatal. Si bien, esta prioridad se justificó en décadas pasadas, lo cierto es que la atención de salud a la mujer sigue impregnada de esta tendencia, en circunstancias que los objetivos sanitarios se centran con mayor énfasis en la promoción y prevención de la salud, y en la equidad y calidad de la atención”.⁴⁶

Desde comienzos de la década del 90 comienza a trabajarse desde el movimiento de mujeres y feminista en salud la incorporación del enfoque de género en el análisis y propuestas de los sistemas de cuidado de la salud. Los ejes género y salud⁴⁷ permiten hacer visible que las condiciones de vida de hombres y mujeres derivadas de las construcciones de género impactan significativa y diferenciadamente en su salud, así como en el acceso a los recursos de prevención, atención y rehabilitación. Pone en tela de juicio al sistema médico y al enfoque biomédico señalando la fragmentación y parcialidad con la que es atendida la salud de las mujeres y denuncia la misoginia y el control sobre sus cuerpos de parte del sistema de salud. Este trabajo tiene un correlato a nivel internacional principalmente en la Organización Mundial de la Salud OMS, que recoge esta perspectiva en la elaboración de las directrices en salud.

La incorporación de las mujeres como sujetos de la salud, sus intereses y necesidades, ha permitido visibilizar la violencia de género, reconocer los derechos sexuales y reproductivos como marco para abordar la planificación familiar y en definitiva pueden contribuir a transformaciones en la condición subordinada de las mujeres. Tal como lo expresa la OPS en la voz de María Isabel Matamala “hasta que no se logre el empoderamiento real de las mujeres no se lograrán cambios sustantivos y esto también hay que promoverlo en las políticas”.⁴⁸

45 David Le Breton, “Antropología del Cuerpo...”, 83.

46 Ministerio de Salud. Modelo de Atención Integral y Humanizada en Salud. 2007. En: www.redsalud.gov.cl/archivos/ciclo-vital/saludreproductiva.pdf

47 El enfoque de género se aplica a un concepto de salud integral, que plantea la insuficiencia del enfoque biomédico para comprender y responder a las necesidades de salud de la población. Este planteamiento comienza a incorporarse en la Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud realizada en Alma Ata, Kasajistán, en 1978.

48 Ponencia de María Isabel Matamala en el Panel “Reforma Sanitaria y Medicina Social: ¿una Relación Antagónica?”, presentada en el Primer Seminario de Medicina Social y Política Sanitaria en Chile. Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, 2004, 82.

Los/as médicos/as y el aborto

En la práctica médica actual así como en las políticas públicas diseñadas para atender las necesidades de salud de la población están presentes representaciones simbólicas, significados y valoraciones que devienen de su impronta histórica. Aunque es posible identificar tímidos movimientos cuya intención es desprenderse de ese acumulado, no logran aún afectar el modelo de salud hegemónico. Se mantiene el tratamiento fragmentado del cuerpo de las mujeres, la centralidad en su función reproductiva, el poder de decisión en manos de otros/as y la enajenación de sus propios cuerpos. En las políticas de salud, el enfoque biomédico se conjuga con las construcciones de género originando programas que exacerban los roles sociales de las mujeres: madre, esposa, cuidadora de la familia y la comunidad. Las decisiones que corresponden al plano sexual y reproductivo están restringidas y delimitadas para las mujeres; su derecho a decidir no es un derecho reconocido que tenga influencia en el ámbito de la salud. Esto es claro en el caso del aborto, donde las mujeres entregan sus cuerpos y sus vidas, resignándose a lo que disponga la ley y la medicina.

La formación académica de los/as médicos define como una de sus más importantes misiones la de salvar vidas humanas. Este principio está particularmente internalizado por los/as ginecobstetras, quienes por asistir al proceso de gestación y al acontecimiento del nacimiento, no consideran al aborto como una más de las decisiones reproductivas que le toca tomar directamente a las mujeres. Según Faúndez y Barzelatto, la primera actitud de parte de estos/as profesionales, de condena a las mujeres que abortan sería comprensible, porque proviene de su formación y vocación que está centrada en el nacimiento y en los esfuerzos para que éste se desarrolle con éxito: “Salvar vida es el objetivo primordial de los prestadores de cuidados médicos; en el caso de quienes atienden a las mujeres embarazadas, ese objetivo incluye tanto la vida de la madre potencial como la de su descendiente. Las razones y circunstancias sobre cuya base los profesionales de la salud deciden aceptar o rechazar el pedido de interrupción del embarazo formulado por una mujer, se deben analizar con esa perspectiva en mente”.⁴⁹

Un estudio realizado en Brasil sobre la actitud de los médicos frente al aborto muestra que en ella influyen una gran variedad de factores éticos, jurídicos, políticos, médico-científicos, así como las características del/a prestador/a médico/a, siendo las mujeres y los más jóvenes quienes manifiestan actitudes más abiertas respecto al aborto.⁵⁰ Un factor relevante es el tiempo de embarazo, ya que en los países donde la práctica es legal, alrededor del 90% de los abortos se realizan durante el primer trimestre. Respecto a las razones para legalizar el aborto, las de orden médico o terapéutico, o cuando existen alteraciones fetales, son las más aceptadas, especialmente durante el primer trimestre de embarazo: “... se ha observado que el consenso entre ellos puede ser menor en el caso del aborto después de este lapso, o cuando las indicaciones rebasan el ámbito de las razones terapéuticas y obedecen a otro tipo de circunstancias, como la edad de la mujer, las condiciones socioeconómicas, las fallas de métodos anticonceptivos, el embarazo producto de violación, o la decisión personal de abortar”.⁵¹

49 Aníbal Faúndez y José Barzelatto, “El drama del aborto, en busca de un consenso”. Tercer Mundo Editores, Colombia. 2005, 98.

50 Deyanira Gonzáles de León-Aguirre, “Los médicos en formación y el aborto: opinión de estudiantes de medicina en la Ciudad de México”. *Cad. Saúde Públ.*, Río de Janeiro, 13 (21) 1997, 227-235.

51 Deyanira Gonzáles de León-Aguirre, “La postura de los médicos frente al aborto inducido”. *Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reproductivos*. Enero-marzo 1995, Boletín 49, 22.

Los avances tecnológicos, según estos mismos autores, han influido también en la actitud de los/as médicos/as frente al aborto, ya que, como son quienes realizan el procedimiento, la posibilidad de ver al embrión o feto a través de la imagenología, independientemente de la nitidez de la imagen, tiene un profundo impacto psicológico. Por ello, los métodos menos invasivos como la aspiración o los farmacológicos serían mucho más aceptados por estos profesionales, ya que le permite hacer una intervención menos cruenta.

El aborto y el aborto terapéutico

La literatura científica internacional relativa a este tema ofrece elementos que aportan a una comprensión del aborto como problema de salud pública y de desarrollo social, por la marcada inequidad de su acceso. Por el lado nacional, encontramos pocas referencias sobre definiciones convencionales de aborto, ya que los parámetros de la OMS –que orientan las políticas nacionales de salud– exceden el marco legal chileno, por lo que sólo existen algunas guías técnicas asociadas a lo ginecobstétrico. En otro sentido, es frecuente la aproximación al aborto desde el punto de vista ético, donde se aborda la disyuntiva entre el valor de la vida de la mujer en contraposición al valor de la vida del feto.

Según un autor chileno, la definición médica de aborto más aceptada es “la interrupción del embarazo antes de que el feto sea viable, es decir, capaz de llevar una vida extrauterina independiente”.⁵² La viabilidad fetal es un concepto clave para definir cuando se considera aborto, lo que ha variado con el tiempo debido a los avances científicos y tecnológicos que en el terreno de la neonatología inciden en la capacidad de prolongar la vida del feto fuera del útero con sistemas artificiales, posibilidad en un país en vías de desarrollo como el nuestro está determinado por la distribución de recursos en la red asistencial. Según Faúndez y Barzelatto, “la viabilidad no es fácil de determinar y se ha modificado con el progreso de la neonatología, pero a pesar de los avances de los cuidados intensivos neonatales, se acepta que ningún niño nacido antes de las 23 semanas de embarazo será capaz de sobrevivir. Este hecho ha llevado a la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1977) a definir que el período perinatal comienza una vez completadas las 22 semanas de gestación (...) Esto significa que los embarazos interrumpidos antes de ese momento pueden definirse como abortos, mientras que los interrumpidos a partir de la vigésima tercera semana se consideran nacimientos prematuros”.⁵³

El término de la gestación puede ser involuntario, lo que vendría siendo un aborto espontáneo o puede ser provocado por la acción de un tercero, siendo parte de estos últimos, los abortos que sin ser voluntarios por parte de la mujer deben practicarse por indicación médica y, por otro lado, los abortos decididos por la mujer. La interrupción del embarazo por indicación médica es lo que generalmente se denomina aborto terapéutico, aunque la gama de causales por las cuales se realiza, varía de un país a otro de acuerdo al marco legal. Según la OMS, “en sentido estricto, se entiende por aborto terapéutico el que se practica por indicación facultativa cuando la vida o la salud de la mujer se ve amenazada por la continuación del embarazo o cuando la salud del feto está en peligro a causa de factores congénitos o genéticos. Sin embargo, en el lenguaje corriente se entiende por aborto terapéutico el

52 Pablo Andrés Urria Hering, “Fundamentación médico legal del aborto terapéutico”, Memoria para optar al grado de licenciado en ciencias jurídicas y sociales. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Escuela de Derecho Universidad Católica de Valparaíso, 1993.

53 Aníbal Faúndez y José Barzelatto, “El drama del aborto...”, 43.

autorizado legalmente”.⁵⁴ Es frecuente que el aborto terapéutico coincida con el aborto legal, tal como sucedió en Chile por más de 50 años. Existe también la denominación de “asistencia urgente al aborto” que correspondería a aquellas situaciones en que hay riesgo vital inminente de la mujer embarazada, ya sea por el daño que el propio embarazo causa a la mujer, por una enfermedad previa de ella o por un proceso de aborto retenido. Se desprende de esta categoría planteada por la OMS, que la interrupción del embarazo cuando es ectópico o cuando hay huevo roto infectado como situaciones que requieren asistencia urgente al aborto, estaría avalada como práctica por el derecho internacional: “Mientras que la asistencia urgente al aborto es necesaria de inmediato para preservar la vida o salud de la mujer, el aborto voluntario se practica a petición de ésta o por recomendación de su médico. La mayoría de los abortos legales o terapéuticos corresponden a esta categoría”.⁵⁵

En Chile, entre los años 1931 y 1989, el artículo 119 del código sanitario autorizaba la práctica del aborto con fines terapéuticos. El planteamiento no era preciso en cuanto a lo que se entendía como terapéutico, sin embargo, se subentiende que se trataría de causales médicas donde hay riesgo vital de la mujer gestante. Así aparece en textos médico-legales, donde “el aborto médico o terapéutico es aquel que provoca el facultativo con el objeto de salvar la vida de la madre que peligra por el embarazo debido a causas patológicas (embarazo extrauterino; fijación anormal de la placenta; estrechez congénita de la pelvis, etc.)”.⁵⁶ El artículo 119 establecía que: “Sólo con fines terapéuticos se podrá interrumpir un embarazo o practicar una intervención para hacer estéril a una mujer. Para proceder a estas intervenciones se requiere la opinión documentada de tres facultativos (...) Cuando no fuere posible proceder en la forma antedicha, por la urgencia del caso o por falta de facultativo en la localidad, se documentará lo ejecutado por el médico y dos testigos, quedando en poder de aquel el testimonio correspondiente”.⁵⁷

La ausencia de literatura científica acerca de las circunstancias médicas que justificarían la práctica abortiva con fines terapéuticos antes de la modificación del artículo 119 del Código Sanitario –que elimina el aborto terapéutico– sugiere que no había preocupación de parte de los/as médicos/as por determinar las causales del aborto terapéutico, mientras que por otro lado, la norma se interpretaba de manera amplia para resolver todo tipo de abortos.⁵⁸

La ética médica ofrece algunos elementos para dirimir cuándo interrumpir una gestación ante situaciones de riesgo vital en que se debe optar por una de las dos vidas. El principio del doble efecto, faculta a los/as médicos/as para salvar la vida de la mujer por intermedio de un aborto indirecto, donde el objetivo es realizar el tratamiento y uno de sus efectos es la pérdida del feto: “La ética general y la ética médica del aborto terapéutico no tienen ninguna complicación y son claras: se interrumpe la vida de uno para que se salve al menos uno de los dos o más seres humanos (...) La teoría ética del doble efecto plantea que si la intención es salvar a la madre y se procede al vaciamiento uterino, con muerte del feto o embrión no es un aborto sino una interrupción terapéutica del embarazo y es por esto lícita. Esta posición no se aplica cuando la

54 OMS, “Complicaciones del aborto. Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento”. Washington 1995, 20.

55 *Ibid.*, 21.

56 Luis Mac Iver Cousiño, “Manual de medicina legal”. Editorial Jurídica de Chile. Santiago 1974, 98. Citado por Claudia Sarmiento en *Evolución Histórica del Régimen Legal del Aborto Terapéutico en Chile y los Derechos Humanos de las Mujeres*. APROFA. Santiago 2007, 4.

57 Código Sanitario de la República de Chile. Decreto con Fuerza de Ley N° 226, de 15 de mayo de 1931. Publicado en el Diario Oficial de 29 de mayo de 1931.

58 Pablo Andrés Urria Hering, “Fundamentación médico legal...”.

causa del sufrimiento materno es la constitución genética del feto o el feto mismo. La intención médica es remover la causa y ésta coincide con el feto, luego hay que llamarla propiamente aborto terapéutico”.⁵⁹

Debido al contexto de completa ilegalidad, actualmente en el país no existen instrumentos de orientación médica para la práctica del aborto hospitalario: aborto incompleto y aborto terapéutico en casos de riesgo vital. Las normas técnicas para los procedimientos en casos de infecciones ginecobstétricas son los únicos instrumentos donde se alude a la interrupción del embarazo en casos de riesgo vital de la mujer, pero no se nombra como práctica explícita sino que se describe el procedimiento que corresponde al de un aborto, indicando claramente en qué casos realizarlo: “El tratamiento del foco séptico puede constituirse en: aspiración o vaciamiento con pinza Winter (pinza corazón curva) y raspado suave. Esa intervención basta en la mayoría de los casos”.⁶⁰

El momento en que se elimina el aborto terapéutico del Código Sanitario es un buen reflejo del estado de situación en torno al tema. Según el estudio de Pablo Urria, se solicitaron informes de distintos sectores (médico, económico, jurídico), donde la postura mayoritaria estuvo orientada a apoyar la continuidad de la normativa pero con mayores definiciones de las causales médicas involucradas y, por lo tanto, que fuera permitido como recurso excepcional. La primera iniciativa legal en torno al aborto terapéutico planteaba el aumento de las penas a la vez que mantenía la posibilidad de practicar un aborto con fines terapéuticos, sin embargo, esta moción habría cambiado por la propuesta de eliminación absoluta del código debido a una petición expresa de representantes de la Iglesia Católica, tal como lo consigna el mismo autor: “En esta última fase de estudio de la iniciativa, los representantes de la Primera Comisión Legislativa retiraron la proposición de modificar el Código Penal en lo que se refiere al aumento de las penas del delito de aborto, y sugirieron modificar solamente el artículo 119 del Código Sanitario. De esta manera, se cambia abruptamente de opinión con una solución radicalmente opuesta a la concebida originalmente en el proyecto presentado por el almirante José Toribio Merino. Al parecer la Comisión que estudió el proyecto optó finalmente por esta vía en base a la proposición y fundamentos establecidos en una carta, enviada por el entonces Obispo de Rancagua al almirante Merino, cuyo contenido proponía aquella solución”.⁶¹ De todas maneras, el gobierno militar buscaba obstaculizar aún más el acceso al aborto, lo que queda demostrado por el proceso de consulta seguido, meramente formal, donde la postura mayoritaria de mantener el aborto terapéutico presentada por los pocos actores convocados fue desestimada.

Tanto la práctica legal del aborto terapéutico desarrollada durante 50 años como la imposición arbitraria de su derogación son hechos históricos que explican la renuencia del gobierno actual y particularmente del sector médico a apoyar una eventual reposición del aborto terapéutico, tal como estaba estipulado antes del año 89. Junto con aparecer como una práctica excepcional y cada vez menos necesaria gracias a los avances científicos y tecnológicos en el ámbito médico, se cuestiona la amplitud de interpretaciones que se dieron al Código Sanitario en lo que se refiere al aborto terapéutico. Por último, el carácter punitivo de todo aborto puede haber influido en la práctica médica, donde se impuso la vigilancia, la sospecha y el castigo a las mujeres.

59 Carlos Valenzuela, “Ética científica del aborto terapéutico”. Revista Médica. Chile, mayo 2003, vol. 131, N° 5, 562-568.

60 Ministerio de Salud, Programa de las Personas. Salud Materna, Texto Guía para la Atención de las Infecciones Ginecobstétricas. 1983.

61 Pablo Andrés Urria Hering, “Fundamentación médico legal...”, 64.

ABORTO EN CHILE: REALIDAD DESCONOCIDA



La magnitud del aborto en Chile es desconocida. A contravía de los avances en producción de estadísticas en salud y en análisis epidemiológicos, los datos sobre aborto se han tornado cada vez más difusos, y las proyecciones hechas hace algunos años van perdiendo vigencia por los cambios en los comportamientos sexuales y reproductivos de la población –mayor información, reducción de las tasas de natalidad y acceso a métodos anticonceptivos– y por el mejoramiento de las técnicas de interrupción de embarazo.

La falta de interés de la autoridad en salud en impulsar estudios sobre su prevalencia en Chile pareciera responder a diversas razones. A la completa ilegalidad y clandestinidad en que sucede el aborto se agregan, entre otros aspectos, el descenso del número de complicaciones que arriban a los hospitales, la menor gravedad de esas complicaciones y de las muertes maternas por su causa. El aborto inducido y, más particularmente, la muerte materna por aborto inducido ya no es la epidemia de décadas atrás.

Al mismo tiempo, el aborto siempre ha sido considerado un tema complicado y no ha formado parte de la agenda de los gobiernos de la Concertación.⁶² Por décadas, y con mayor ahínco en los últimos años, la Iglesia Católica y los grupos fundamentalistas han utilizado toda su influencia y poder para impedir cualquier iniciativa en el campo de la salud y en el jurídico que promueva la colocación del aborto como un problema de salud pública o como derecho humano de las mujeres. La oposición a las normas de fertilidad y la distribución de la píldora de anticoncepción de emergencia PAE en estos últimos años, los proyectos de ley presentados para obstaculizar aún más la despenalización y legalización del aborto y la constitución del frente por la vida en el parlamento son prueba de ello.⁶³

El aborto terapéutico aparece en los egresos hospitalarios desde 1931. En opinión de algunos/as de los entrevistados y entrevistadas en este estudio constituyó una práctica habitual en los hospitales hasta cuando fue derogado, aunque existen distintas percepciones sobre el número de casos atendidos: para algunos, no era de importancia en comparación con otras prestaciones de salud materna; para otros, su ocurrencia tenía cierta frecuencia.

...en forma anecdótica que un caso u otro se hizo, yo te podría dar cifras pero son de todas maneras casos anecdóticos, no sé 2 o 3 por año puede haber sido. (Médico, Valdivia).

...no te podría decir cuánto pero me recuerdo que a mí me tocaba participar y me tocaba firmar la solicitudes de esto y eran bastantes, o sea, no era uno al mes ni uno al día, era una cifra intermedia. (Médico, Valparaíso).

En contraposición, el aborto inducido emergió como problema de salud pública a partir de los años 30, y alcanzó grados de epidemia en la década del 60. Las primeras investigaciones datan de esa época y responden a la preocupación por conocer su magnitud, sus graves consecuencias en la morbilidad de las mujeres y documentar el costo económico de su atención en los presupuestos de salud.

62 La única mención a una eventual reposición del aborto terapéutico la hizo Ricardo Lagos en su campaña presidencial, sin embargo, este ofrecimiento no fue concretado ni se volvió a mencionar en su gobierno.

63 La acción de los grupos fundamentalistas en contra de la PAE ha sido ampliamente difundida por los medios de comunicación del país. Para una buena síntesis de los argumentos presentados ver Lidia Casas "Mujeres y reproducción. ¿Del control a la autonomía? Colección Informes de Investigación, Centro de Investigaciones Jurídicas, Universidad Diego Portales, N° 18, año 6, junio 2004. En el año 2008, el Tribunal Constitucional, acogiendo un requerimiento presentado por 36 diputados/as de la derecha chilena resolvió declarar inconstitucional la distribución gratuita de la PAE en los consultorios públicos de salud. De los 12 proyectos de ley referidos al aborto presentados actualmente, 4 proponen aumentar la penalización, 2 pretenden erigir monumentos a víctimas de aborto (fetos).

La mayoría de los abortos que eran complicados tenían una hospitalización de dos por cama, cabían unas 12 a 20 mujeres, en una pieza grande y se producían mañana y tarde... o sea, raspaban a 10 personas en la mañana, 10 personas en la tarde... no se esterilizaba el material, se flameaba, y no se usaba ninguna anestesia. En esas condiciones se resolvían unas 20 mujeres diarias, de lunes a viernes, y otras tantas los fines de semana. (Médico, Valparaíso).

...en el pabellón Rodríguez se nos morían las mujeres por aborto séptico. No te puedes imaginar, las mujeres, la frecuencia, mujeres de dos por cama, mujeres con 5, 6, 7, 8 cabros y generalmente mujeres de muy bajos recursos. (Matrona, Valdivia).

El tema del aborto provocado era un tema crucial, es decir, las mujeres se morían como moscas. Era realmente una epidemia, además que las formas que se usaban para hacer los abortos eran terriblemente dañinas para ellas. (Matrona, Santiago).

La investigación de Tegalda Monreal fue pionera en su género: por primera vez en el país, ella visibilizó y mostró quiénes eran esa gran cantidad de mujeres que se practicaban abortos.

Tomé una muestra como de 1.800 mujeres en el año 61-62. ¡íbamos a tener dinero suficiente para hacer el estudio! Yo misma tomé la muestra, me instalé en el registro civil o en el INE donde me entregaron la información del último censo.

El trabajo era sensacional porque no se había hecho en ninguna parte. No eran mujeres que habían tenido abortos; eran las mujeres que viven en su casa las que fueron elegidas. Dentro de las elegidas había mujeres que habían tenido abortos, y estaba la pregunta sobre cuántos abortos y la fecha, y el aborto último que era la fecha que nos interesaba, el del año anterior. El número de hijos que habían tenido, el número de hijos que habían fallecido... (Tegalda Monreal).

Su trabajo y el de Mario Requena rompieron grandes mitos de la época, entre ellos, la creencia generalizada que se trataba de mujeres “promiscuas” que abortaban para ocultar su “des-honra”. Los estudios mostraron que la mayoría eran casadas, multíparas, con tres o cuatro hijos, entre 25 y 35 años, católicas y que para las cuales el aborto había sido la única salida para interrumpir un embarazo no deseado.⁶⁴ El aborto era utilizado para controlar el número de hijos; era, para ellas, un método de planificación familiar.

El aumento de los abortos inducidos durante gran parte del siglo XX tiene relación con cambios en la situación de las mujeres, en el contexto de un país que se urbanizaba y se transformaba en lo político, lo económico y lo social. Se gana el voto, se eligen las primeras representantes parlamentarias, crece el número de mujeres en los partidos políticos, aumenta la participación femenina en la fuerza de trabajo, disminuye el analfabetismo y se producen experiencias organizativas importantes de variada índole.⁶⁵

64 Mario Requena en el “El aborto inducido en Chile” refiere los perfiles encontrados en la investigación de Tegalda Monreal y Rolando Armijo, “Epidemiología del aborto provocado en Santiago, Chile” (1965), y la suya propia “Social and economic correlates in induced abortion in Santiago de Chile” (1965). Edición Sociedad Chilena de Salud Pública, Santiago 1990.

65 Además del nacimiento de organizaciones de mujeres como el Movimiento por la Emancipación de la Mujer MEMCH y del Partido Cívico Femenino, surgen agrupaciones sindicales, gremiales, de dueñas de casa y de centros de madre, entre otros. Ver Edda Gaviola, Eliana Largo y Sandra Palestro. op. cit.

También se evidencian transformaciones en el comportamiento sexual y reproductivo. El control de la fecundidad pasa a ser una necesidad en las mujeres: “quizás por primera vez ella adquiere conciencia de que la fecundidad no controlada representa un obstáculo en su deseo de integrarse a la nueva sociedad”.⁶⁶ Los repetidos embarazos, la mortalidad materna, y las consecuencias del aborto provocado en la morbilidad de las mujeres fueron colocados como problemas fundamentales por las organizaciones de mujeres desde los años 30 en adelante.⁶⁷

En los años 60, el aborto inducido se consideraba una epidemia en Chile y afectaba principalmente a las mujeres de sectores medios y bajos.

...llegaban con 39 de fiebre, con la infección instalada. Para nosotras la lucha era saber que tipo de mecanismo había usado para poder intervenir, y evitar el que la mujer se muriera, por ejemplo, en el caso de los perfringens⁶⁸ que era una muerte segura, y el otro grave problema eran las hemorragias, llegan con unas hemorragias que se morían con anemia aguda. (Matrona, Santiago).

El aborto en aquellos años era muy grave, llegaban las mujeres a morir. Se ponían todo tipo de cosas para abortar, las prácticas de aborto eran muy extrañas, de repente te encontrabas como jeringas con cloro, crochet, la típica sonda con el alambre por dentro y sujeta en la pierna con una tela adhesiva, mujeres que se provocaban a sí mismas los abortos... llegaban gravísimas a la posta. (Matrona, Valparaíso).

El costo de atención del aborto inducido representaba un porcentaje importante del presupuesto y de los recursos de los hospitales. En los años 60, alrededor del 20% de las camas de obstetricia las ocupaban mujeres con complicaciones por aborto, y representaban el 8% de los pacientes dados de alta de los hospitales chilenos.⁶⁹ A mediados de la década del setenta, se estimaba que si las pacientes tratadas por complicaciones de aborto se hubiesen sometido a abortos llevados a cabo por médicos capacitados, el costo del tratamiento hospitalarios se hubiese reducido en 87%.⁷⁰ Para el año 1994 se estimaba que los casos y costos del tratamiento del aborto hospitalizados demandaban 15 millones de dólares anuales del presupuesto de salud.⁷¹

En 1965, el Servicio Nacional de Salud (SNS) adoptó el primer acuerdo sobre política de regulación de la natalidad que incluía el otorgamiento de métodos anticonceptivos (DIU y píldoras, entre otros).⁷² Hacia fines de ese año se integraron las actividades de regulación de la fertilidad dentro de los programas de salud materno-infantil “con los propósitos de reducir la mortalidad materna, condicionada por el aborto inducido, reducir la mortalidad infantil de-

66 Tegualda Monreal, “Evolución histórica del aborto provocado en Chile y la influencia en la anticoncepción”. Artículo presentado al Simposio Nacional Hablemos de Aborto Terapéutico. Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos, Santiago, septiembre 1993.

67 Claudia Rojas, “Historia de la política de planificación familiar en Chile: un caso paradigmático”. Debate Feminista N° 10, Ciudad de México, 1997.

68 Se refiere a las infecciones que provocaba la introducción del tallo de perejil, y que resulta en una septicotemia a perfringens.

69 Aníbal Faúndes y José Barzelatto, “El drama del aborto” 70.

70 Isaacs Stephen, “Aborto clandestino v/s aborto regulado en algunos países del mundo”, publicado en “El Aborto en Chile: Elementos para el Debate”. Corporación de Salud y Políticas Sociales; Santiago 1996, 36.

71 Pablo Lavín et al. Informe preliminar sobre la caracterización de los casos y costos del tratamiento del aborto hospitalizado en Santiago de Chile. Presentación al Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 1994.

72 No se desarrollarán aquí los elementos de contexto internacional, entre ellos, la política de control de la natalidad que impulsó los Estados Unidos en la época y su impacto en Chile. Hay varios textos que abordan esta problemática, ver Rojas: 1997.

terminada por el deterioro del nivel de vida, promover el bienestar de la familia y favorecer la paternidad responsable”.⁷³

Lo que pasa es que lo que hizo mucho peso era la alta mortalidad por el aborto provocado, eso influyó mucho y que incluso no teniendo Chile problemas de explosión demográfica se aceptaron, se le dio el vamos a los programas de regulación de fertilidad. Esa es la razón principal. (Matrona, Valdivia).

A partir de la introducción de la política de planificación familiar disminuyen la tasa de mortalidad por aborto y el número de abortos hospitalizados. Al mismo tiempo, la legalidad del aborto terapéutico en esos años permitió, en algunos centros hospitalarios, hacer una interpretación más humana de la norma ligando “el interés de las mujeres en riesgo con la motivación de aquellos trabajadores de la salud que conocían y manejaban directamente los problemas relacionados con el aborto”.⁷⁴ Tal es el caso de la experiencia del Hospital Barros Luco.

Ayuda también el contexto o el espíritu de la época al decir de algunas/os autoras/as. Siguiendo el tenor de los tiempos, la sociedad chilena entre tensiones y contradicciones, pujaba por ampliar las fronteras de las decisiones individuales sobre la sexualidad y la reproducción.

...si logro comparar que el contexto general de antes era absolutamente diferente, favorable al cambio en la juventud, en la izquierda... los dos sectores que creo más han cambiado son la juventud y la izquierda. Antes en la juventud era un valor estar de acuerdo con la libertad en materia de decidir sobre un aborto y la izquierda obviamente propugnaba un cambio. Hoy, ambos sectores no están en esa posición: la juventud ha internalizado el mensaje del grito silencioso y la izquierda ha involucionado. (Médica, Santiago).

Las políticas de planificación familiar siempre se movieron dentro del binomio madre-hijo primando en ellas la lógica sanitaria, y no la ciudadanía y ejercicio de derechos por parte de las mujeres.⁷⁵ Se trataba de programas para regular la natalidad de la madre, en el contexto del apoyo y mejoramiento de la calidad de vida de la familia a través de disminuir el número de hijos.

Hasta 1973, se amplió el acceso a métodos anticonceptivos a través de su distribución gratuita en los centros de atención del SNS, que benefició directamente a mujeres de sectores económicos medios y bajos. Esta política tuvo un quiebre importante con el golpe militar y durante todo el período de la dictadura que mantuvo siempre una posición pronatalista. En palabras de Mónica Weisner: “Se podría hablar, sin temor a ser inexactos, de un corto período de nueve años de planificación familiar sistemática y consistente y de 16 años de programas ineficientes y directrices ambiguas”.⁷⁶

Durante los años 80, Mónica Weisner introduce nuevos elementos en el estudio del aborto provocado desde el campo de la antropología médica, buscando con ello aportar al conocimiento de los factores socioculturales y psicosociales que podrían influir en su incidencia. Ella entrevistó

73 Claudia Rojas, “Historia de la política de...”, 201.

74 Tegalda Monreal, “Evolución histórica del aborto provocado...”, 19.

75 Claudia Dides, “Voces en emergencia: el discurso conservador y la píldora del día después”. Flacso, Chile 2006, 17-23.

76 Mónica Weisner, “Comportamiento reproductivo y aborto inducido en mujeres chilenas de sectores populares: una perspectiva antropológica”. Publicado en “Aborto Inducido en Chile”, op. cit. 94.

a mujeres hospitalizadas por complicaciones en sus maniobras abortivas e identificó dos razones fundamentales en la ocurrencia de embarazos no deseados y no planificados: el absoluto desconocimiento de las mujeres del propio ciclo fértil y el no uso o la utilización asistemática de la anticoncepción moderna.⁷⁷

...tenían un absoluto desconocimiento de su propia reproducción. Lo que no importaría si no fuera que no utilizaban métodos anticonceptivos por todas estas variables de mitos y la cosa cultural de creer que podían producir cáncer, que van a salir malformaciones, que se incrusta en el feto ... todas estas cosas hicieron ver la penosa asociación entre no utilizar métodos anticonceptivos y desconocer su propio ciclo fértil.

... todas me decían yo no me cuido entre dos menstruaciones, porque el útero ahí está cerrado, el día 15 tengo relaciones con mi pareja, con mi marido, porque el útero está cerrado para que no salga la sangre. Los días antes y después de la menstruación no se pueden tener relaciones porque el útero se abre para permitir que salga la sangre... Cuando fui a probar el instrumento en el JJ⁷⁸ casi me desmayé, creí que se me había contaminado la muestra porque la señora del lado me decía lo mismo, y la chica de más allá lo mismo... (Mónica Weisner).

Otro aporte importante de las investigaciones de Weisner dicen relación con el perfil de las mujeres abortantes, que se habría modificado respecto de las décadas anteriores. Si en los estudios de Monreal y Requena en los años 60 se trataba de mujeres en su mayoría casadas, multíparas y con antecedentes de abortos previos, en los hallazgos de Weisner en los años 80, ellas eran en su mayoría jóvenes, solteras, sin convivencia, sin hijos o con un hijo, y aparentemente sin antecedentes de aborto previo. Esta población no estaba cubierta por los programas de planificación familiar cuyo foco de atención estaba puesto precisamente en los perfiles de los años 60.⁷⁹

En el año 1994, The Alan Guttmacher Institute publica la investigación “Aborto clandestino, una realidad latinoamericana” que examina la situación del aborto en seis países latinoamericanos, entre ellos Chile.⁸⁰ El estudio mostró, en todos ellos, los riesgos diferenciales que enfrentan las mujeres que abortan dependiendo de su condición económica y lugar de residencia. El 79% de las mujeres urbanas con mayores recursos accedían a procedimientos abortivos practicados por profesionales de salud capacitados; en cambio, esa posibilidad sólo la tenían el 5% de las mujeres pobres rurales y el 19% de las urbanas pobres. El 73% y 59% de estas últimas, respectivamente, se autoprovocaban el aborto o recurrían a personas sin capacitación. En consecuencia, eran mayoritariamente ellas las que sufrían complicaciones: 5 de cada 10 mujeres rurales pobres, 4 de cada 10 urbanas pobres, 1 de cada 10 urbanas con mayores recursos.⁸¹

77 Mónica Weisner, “Comportamiento reproductivo y aborto inducido...”, 87.

78 Se refiere al Hospital José Joaquín Aguirre.

79 Mónica Weisner, “Comportamiento reproductivo y aborto inducido...”, 94.

80 The Alan Guttmacher Institute, “Aborto clandestino: una realidad latinoamericana”. Nueva York, 1994. Los otros países son Brasil, Colombia, México, Perú y República Dominicana.

81 *Ibíd.*, 14-18.

Otro aporte importante de la investigación dice relación con el embarazo no deseado. Para el caso de Chile, en 1990, se estimó que del total de embarazos, el 44% correspondía a un nacimiento deseado, el 21% a un nacimiento indeseado y el 35% terminó en aborto inducido.⁸²

Se reiteró con el estudio que el país tiene una de las tasas de aborto más altas de América Latina: 55 por cada 100 cien nacidos vivos y 4,54 por cada 100 mujeres entre los 15 y 49 años.⁸³ Esta tendencia se ha mantenido: de acuerdo con datos de Faúndes y Barzelatto, en 1999, la tasa latinoamericana de abortos⁸⁴ se ubicaba en los 37 por cada 1.000 MEF; en el país, en ese año la tasa se estimaba en 50 por cada 1.000.⁸⁵ La mayoría de estos abortos fueron ilegales, con las consecuencias que se pueden temer sobre la salud y la vida de las mujeres.

Las fuentes secundarias consultadas y los y las profesionales entrevistados/as en esta investigación coinciden en señalar que actualmente el número de abortos provocados ha disminuido en el país; así debiera suceder como consecuencia de una población cada vez más informada y con mayor acceso a métodos anticonceptivos. Al mismo tiempo, se reconoce que el mejoramiento de las técnicas de interrupción de embarazo, entre ellas la utilización del Misoprostol, reducen el número y gravedad de las complicaciones que llegan a los hospitales.

Los egresos hospitalarios por aborto y las muertes maternas por esta causa son los únicos registros con que cuenta el Ministerio de Salud. Estas cifras, sin embargo, tienen problemas de clasificación y de subregistro: en los egresos hospitalarios no se desagrega entre abortos inducidos o provocados y abortos espontáneos.⁸⁶ Al mismo tiempo, el personal de salud la mayoría de las veces no denuncia a las mujeres que llegan a los hospitales con complicaciones por abortos, por lo cual es muy posible que esas atenciones queden registradas bajo otras categorías. En consecuencia, las fuentes consultadas presentan diversas estimaciones sobre el número de abortos, la tasa de abortos y de muertes maternas asociadas, variando según los métodos de cálculo y los factores correctivos de los datos que utilizan.

Magnitud del aborto provocado

La revisión bibliográfica permitió identificar estimaciones sobre la magnitud del aborto inducido desde 1960 en adelante. En todas se reconoce las dificultades para estos cálculos en razón de los problemas que presentan las fuentes existentes –subregistro, períodos en que no hubo información sobre egresos hospitalarios, ausencia de encuestas nacionales de fecundidad, entre otros aspectos– y los cambios en los comportamientos sexuales y reproductivos de la población.

82 *Ibíd.*, 25.

83 *Ibíd.*, 24.

84 La tasa se obtiene al relacionar la cantidad de abortos con el número de mujeres susceptibles de abortar, es decir, mujeres en edad fértil entre los 15 y 44 o 49 años (MEF).

85 Aníbal Faúndes y José Barzelatto, "El drama del aborto...", 58.

86 Así, por ejemplo, en 2004 fueron registrados en todos los hospitales del país, tanto del SNSS como de los demás establecimientos con camas hospitalarias, 17.719 egresos hospitalarios por todo género de complicaciones del aborto, de los que sólo 43 quedaron especificados como debidos a "intento fallido de aborto" (O07.-, CIE-10). Los demás fueron asignados en su mayoría (70 por ciento aproximadamente) al grupo "aborto no especificado".

ABORTOS TOTALES ESTIMADOS Y TASA DE ABORTO POR AÑOS				
Año	Abortos totales estimados	Tasa por cada 1.000 MEF	Fuente	Método de cálculo
1960	117.947	62,3	Monreal ¹	No específica
1966	139.571	64,9	Monreal	No específica
1970	137.628	58,6	Monreal	No específica
1987	175.897	64,1	Requena ²	Estimación de la frecuencia relativa del aborto inducido por los embarazos esperados que no terminaron en embarazos de término.
1994	159.650	45,4	Guttmacher ³	Estimación sobre los egresos hospitalarios por aborto (restando los abortos espontáneos) y proyección sobre el factor multiplicador 5, que es el que se corresponde con la realidad sanitaria de Chile en esa época.
2001	122.000 aprox.		Shepard ⁴	Mismo método que Guttmacher, ajustando el factor multiplicador y las correcciones de los datos.

1 Monreal Tegualda, "Evolución histórica del aborto...", 21.

2 Mario Requena, "El aborto inducido...", 24.

3 The Alan Guttmacher Institute, "Aborto clandestino...", 24.

4 Bonnie Shepard y Lidia Casas, "Abortion Policies and Practices in Chile: ambiguities and dilemmas". *Reproductive Health Matters* 2007; 15(30), 203.

Es importante recalcar que estos datos deben ser utilizados con cautela en la medida que hay mucha información inexistente que podría variar las cifras expuestas. A pesar de ello, según todas estas fuentes, las estimaciones sobre la incidencia del aborto en Chile siguen siendo altas:

- Para 1987, Requena estimaba que el 38,8% del total de embarazos terminaba en aborto, 2 por cada cinco embarazos.⁸⁷
- Para 1990, el Alan Guttmacher Institute calculaba que el 35% de los embarazos terminaban en aborto –seis abortos por cada 10 nacimientos– relación considerablemente superior a las encontradas en los otros países estudiados: 2x10 en México, 4x10 en Colombia, Brasil, Perú y República Dominicana.⁸⁸
- Para el 2000, las estimaciones encontradas refieren 3,5 abortos por cada 10 embarazos.⁸⁹

Egresos hospitalarios por aborto

A partir de 1930 y durante 30 años, la tasa de aborto hospitalizado tuvo un ascenso constante hasta llegar a su punto máximo en 1960. Tegualda Monreal estima que entre 1930 y en 1960 la tasa aumentó en más de 5 veces.⁹⁰ A partir de entonces ha disminuido con diferencias de intensidad. Entre 1960 y 1970, el número absoluto de egresos por aborto y las tasas de aborto hospitalizados experimentaron un considerable descenso hasta 1970, para seguir disminuyendo en forma menos notoria en los años siguientes.

Según Monreal, la tasa descendente de abortos hospitalizados tiende a estacionarse a partir de 1973. Entre 1974 y 1986 se dejaron de publicar los Anuarios de Egresos Hospitalarios, lo

87 Mario Requena, "El aborto inducido. Problema de salud pública vulnerable". Artículo presentado al Simposio Nacional Hablemos de Aborto Terapéutico. Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos. Santiago 1993, 32.

88 The Alan Guttmacher Institute, "Aborto clandestino...", 24.

89 Henshaw et al. y Bay et al., referidos en Agnès Guillaume y Susane Lerner "El aborto en América Latina y El Caribe". CEDEP.

90 Monreal Tegualda, "Evolución histórica...", 15.

cual dificulta el examen de esta tendencia. Sin embargo, la autora plantea que los cambios en la política de salud reproductiva durante la dictadura –específicamente el desestímulo a la promoción del uso de anticonceptivos y el retiro de dispositivos intrauterinos sin consulta previa a las usuarias– apoyarían este planteamiento.

NÚMERO Y TASA DE ABORTOS HOSPITALIZADOS SEGÚN AÑOS Y MUJERES EN EDAD FÉRTIL			
Años	Mujeres en edad fértil (miles)	Abortos hospitalizados	
		Número	Tasa (1.000 MEF)
1960*	1.844.630	57.368	31,1
1970*	2.343.142	46.980	20,5
1987*	3.338.819	43.004	12,88
1990	3.553.511***	43.297**	12,1
2000	4.103.749***	34.479**	8,4

* Datos de Mónica Weisner.⁹¹

** Datos de MINSAL, Depto. Estadísticas e Información de Salud, Anuarios de Egresos Hospitalarios.⁹²

*** Datos de la Organización Mundial de la Salud.⁹³

Las tasas de aborto por cada 1.000 MEF calculadas para los años 1990 y 2000 se estimaron con base en los datos disponibles tanto de mujeres en edad fértil como del número de egresos hospitalarios por aborto. Estos no son datos duros y, de hecho, existen diferencias sobre el número de egresos hospitalarios en las fuentes consultadas.⁹⁴ El sentido del ejercicio es corroborar la tendencia descendente de la tasa de abortos hospitalizados en la última década. En los años 60, el 47% de las mujeres que abortaban llegaban con complicaciones a los hospitales; en 1970, ese porcentaje había bajado al 36%.⁹⁵ Para los años 90, se estimaba que 1 de cada 4 mujeres que se practicaba un aborto terminaba hospitalizada con complicaciones.⁹⁶ Para el año 2000, esa relación habría bajado a 1 de cada 5, es decir, alrededor del 20%.

En los estudios consultados, durante cuatro décadas (1960–1990) el descenso en los abortos totales estimados fue siempre menor que el descenso en el número de abortos hospitalizados, lo que llevaba a concluir que lo que realmente se ha reducido son las complicaciones del aborto inducido. Según Shepard, para la década de los años 90 tanto el número de abortos totales como de abortos hospitalizados ha descendido en proporciones similares (22%).⁹⁷ Esto podría indicar que, por un lado, han disminuido los embarazos no deseados por un mayor y mejor uso de métodos anticonceptivos y, por otro, que el mejoramiento de las técnicas abortivas, entre ellas, la utilización cada vez más frecuente del Misoprostol, han tenido un impacto sostenido en la reducción de las complicaciones por maniobras abortivas.

91 Mónica Weisner, "Comportamiento reproductivo...", 82.

92 En www.sernam.cl

93 En <http://esa.un.org/unpp/p2k0data.asp>

94 Camila Maturana en un monitoreo al Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo maneja cifras de 36.885 y 30.146 egresos hospitalarios por aborto en los años 1990 y 2000 respectivamente sobre la base, al igual que SERNAM, de estadísticas del Departamento de Estadísticas e Información del Ministerio de Salud. Ver "Derechos sexuales y reproductivos en Chile a diez años de El Cairo". Foro-Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe RSMILAC. Santiago 2004, 95.

95 Ambas estimaciones de son Tegalda Monreal, op. cit. 17.

96 The Alan Guttmacher Institute, "Aborto clandestino...", 21.

97 Bonnie Shepard y Lidia Casas, "Abortion Policies and Practices...", 203.

En lo que va corrido de la década del 2000, los datos del Ministerio de Salud muestran que el número de abortos hospitalizados ha descendido de 34.479 en 2001, a 33.172 en 2005. El 39% de ellos se produce en la Región Metropolitana, el 11,8% en Bío Bío, el 10,4% en Valparaíso y 7,2% en Los Lagos. En estas cuatro regiones se concentra casi el 70% de los abortos hospitalizados en el país.

EGRESOS HOSPITALARIOS POR "EMBARAZO TERMINADO EN ABORTO", POR REGIÓN DE OCURRENCIA. CHILE, 2001 - 2005															
Región	Todos los abortos (CIE10: O00-O08)					Embarazo ectópico, mola hidatiforme, otros productos anormales de la concepción (O00-O02)					Demás abortos (O03-O08)				
	2001	2002	2003	2004	2005	2001	2002	2003	2004	2005	2001	2002	2003	2004	2005
Total	34.479	34.968	33.497	33.827	33.172	14.751	15.726	15.533	16.121	15.858	19.728	19.242	17.964	17.706	17.314
Tarapacá	1 212	1 173	1 079	1 122	1 158	380	463	488	559	494	832	710	591	563	664
Antofagasta	1 212	1 173	1 079	1 122	1 158	380	463	488	559	494	832	710	591	563	664
Atacama	544	638	629	696	647	211	347	312	377	349	333	291	317	319	298
Coquimbo	1 322	1 327	1 292	1 219	1 208	433	411	438	433	420	889	916	854	786	788
Valparaíso	3 722	3 691	3 445	3 617	3 466	1 470	1 498	1 585	1 762	1 654	2 252	2 193	1 860	1 855	1 812
Metropolitana	13.524	13.985	13.517	13.219	12.977	6 185	6 641	6 591	6 387	6 442	7 339	7 344	6 926	6 832	6 535
O'Higgins	1 548	1 829	1 687	1 810	1 841	598	789	668	876	899	950	1 040	1 019	934	942
Maule	2 047	2 017	1 934	1 960	1 884	708	680	692	721	733	1 339	1 337	1 242	1 239	1 151
Bío Bío	3 976	4 161	3 896	3 914	3 940	1 979	2 147	2 066	1 977	1 958	1 997	2 014	1 830	1 937	1 982
Araucanía	1 927	1 827	1 866	1 828	1 775	789	730	774	833	778	1 138	1 097	1 092	995	997
Los Lagos	2 192	2 383	2 219	2 392	2 324	929	1 148	1 004	1 211	1 218	1 263	1 235	1 215	1 181	1 106
Aisén	201	190	201	194	192	70	65	107	82	73	131	125	94	112	119
Magallanes y Antártica	324	308	324	378	339	141	171	186	209	218	183	137	138	169	121
Ignorada	545	33	45	42	60	233	11	18	26	34	312	22	27	16	26

Fuente: DEIS, Ministerio de Salud, 2007.

EGRESOS HOSPITALARIOS POR ABORTO SEGÚN GRUPOS DE EDAD DE LA MUJER (NÚMEROS)									
Año	Grupos de edad							Ignorados	Totales
	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 34 años	35 a 44 años	45 y más años		
1960	–	332	5.734	14.004	25.074	11.115	992	117	57.368
1981	–	124	4.621	12.431	19.802	6.487	327	–	43.792
1988	–	136	4.062	11.158	21.412	7.785	488	–	45.041
1991	4	143	–	13.125*	20.905	8.764	356	–	43.297
1992	–	131	3.867	8.489	19.791	8.679	289	–	41.246
1993	1	128	3.767	8.146	18.747	8.760	314	–	39.863
1996	–	186	3.610	7.302	16.421	8.825	365	–	36.709
2001	–	170	3.716	5.954	14.654	9.580	405	–	34.479

* Incluye tramo de 15 a 24 años.

Fuente: MINSAL, Depto. Estadísticas e Información de Salud, Anuarios de Egresos Hospitalarios.⁹⁸

No se cuenta actualmente con investigaciones que develen quiénes son las mujeres que llegan a los hospitales por complicaciones de aborto. Dado que la mayoría de ellas arriba a los hospitales públicos, se puede suponer que se trata de mujeres de sectores medios y de escasos recursos económicos. Las únicas estadísticas disponibles se refieren a sus rangos de edad: El mayor número de egresos hospitalarios por aborto se concentran en las mujeres entre 25 y 34 años, seguidas de las menores de 19 años y en tercer lugar se ubican las mayores de 35 años.

Aborto y mortalidad materna

Según la Organización Mundial de la Salud, el 13% de las muertes maternas anuales en el mundo corresponden a abortos inseguros, lo que equivale a cerca de 80 mil mujeres.⁹⁹ La mortalidad materna por aborto practicado en condiciones óptimas es sólo 1 por 100.000. En cambio, el aborto clandestino puede causar la muerte de 50 a 100 mujeres por cada 100.000 procedimientos.¹⁰⁰ Esto significa que, en Chile, una mujer que interrumpe un embarazo corre un riesgo entre 100 y mil veces mayor que aquella que toma la misma decisión en Estados Unidos o Europa.¹⁰¹

En el país, la mortalidad materna ha descendido en forma constante desde los años 60. Entre 1960 y 1990 la tasa de mortalidad materna pasó de 27,9 a 4,0 por cada 10.000 nacidos vivos. Las fuentes coinciden en señalar el fuerte peso del aborto en la mortalidad materna. Durante tres décadas representó cerca del 40% de las muertes, bajando a niveles cercanos al 20% en el año 90.

TASA DE MORTALIDAD MATERNA, MUERTES POR ABORTO Y PORCENTAJE DE MUERTES MATERNAS POR ABORTO			
Año	Tasa mortalidad materna (x 10.000 nacidos vivos)	Número de muertes por aborto	% de muertes materna por aborto
1960	27,9	302*	35,7%*
1970	16,8	185	42,1%
1980	7,3	71	38,4%
1990	4,0	23	18,7%

* Datos de 1965.

Fuente: René Castro, "Políticas de salud materno infantil", 2006.

Szot y Moreno, en un estudio epidemiológico sobre mortalidad por aborto entre 1985 y 1990, establecieron que las defunciones por esta causa se mantuvieron entre 30 y 40 muertes por año.¹⁰²

99 José Barzelatto, "Descriminalización del aborto", en "El Aborto en Chile: Elementos para el Debate" op. cit.

100 Isaacs Stephen, "Aborto clandestino v/s aborto...", 35.

101 Aníbal Faúndes y José Barzelatto, "El drama del aborto...", 66.

102 Jorge Szot M. y Cristina Moreno, "Mortalidad por aborto en Chile: análisis epidemiológico 1985-2000". Publicado en la Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, v. 68 n. 4, Santiago 2003.

EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR ABORTO, (CIE-IX 632-639, CIE-X O 03-08)*, CHILE, 1985-2000		
Año	Número	Tasa (por 10.000 nacidos vivos)
1985	29	1,17
1986	43	1,66
1987	42	1,58
1988	41	1,46
1989	33	1,14
1990	23	0,79

*Incluye aborto retenido (CIE-IX 632, CIE-X O 02.1). Excluye mola (CIE-IX 630, CIE-X O 01), otros productos anormales de la concepción (CIE-IX 631, CIE-X O 02), y embarazo ectópico (CIE-IX 633, CIE-X O 00).

Cuadro elaborado por Szot y Moreno.

En la década de los años noventa la mortalidad materna descendió en 60,3%, pasando de 40 a 18,7/100.000 nacidos vivos entre 1990 y 2000. Las cinco causas más importantes de muerte materna fueron: hipertensión arterial, aborto, enfermedades maternas concurrentes (pregestacionales), sepsis puerperal y hemorragia posparto.¹⁰³ Aún cuando la mortalidad por aborto tuvo una tendencia descendente, se mantuvo como la segunda causa de muerte materna. Según Enrique Donoso, la disminución se explicaría por el descenso de la fecundidad y el mejor manejo de las complicaciones.

MORTALIDAD MATERNA Y ABORTO. CHILE 1990 - 2005				
Año	Materna*		Por aborto**	
	Defunciones	Tasa***	Defunciones	Tasa***
1990	123	4,0	29	0,9
1991	106	3,5	39	1,3
1992	91	3,1	28	1,0
1993	100	3,4	31	1,1
1994	73	2,5	19	0,7
1995	86	3,1	20	0,7
1996	64	2,3	14	0,5
1997	61	2,2	12	0,4
1998	55	2,0	14	0,5
1999	60	2,3	5	0,2
2000	49	1,9	13	0,5
2001	45	1,7	4	0,2
2002	43	1,7	7	0,3
2003	33	1,3	5	0,2
2004	42	1,7	4	0,2
2005	48	2,0	7	0,3

* CIE-9 (hasta 1996): 630-676 CIE-10 (desde 1997): O00-O99

** CIE-9 (hasta 1996): 630-639 CIE-10 (desde 1997): O00-O08

*** Tasa por diez mil nacidos vivos.

Fuente: Ministerio de Salud, Departamento de Estadísticas e Información en Salud DEIS. La diferencia en el número de abortos para 1990 entre estas dos fuentes se puede deber a que en el caso de Szot y Moreno se excluyen de su cálculo embarazo molar, ectópico y otros productos anormales de la concepción.

103 Enrique Donoso, "Reducción de la mortalidad materna en Chile". En Revista Panamericana de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud, vol. 15 (5), mayo 31, 2004.

Un dato interesante que visibiliza este autor es que en la tendencia descendente general de la mortalidad materna en este período, las muertes ocurridas por enfermedades maternas concurrentes no disminuyeron, y afectaron principalmente a las mujeres mayores de 40 años. El autor concluye que “las mujeres con enfermedades crónicas pregestacionales no tuvieron un asesoramiento reproductivo apropiado y que durante el embarazo no se trataron adecuadamente”.¹⁰⁴ El punto no es menor ya que estos casos están estrechamente relacionados con el contexto de completa ilegalidad del aborto y podrían haber evitado si estuviera aún vigente la normativa sobre aborto terapéutico que permitía la interrupción de un embarazo en casos de grave riesgo para la salud de la mujer.

Según el Ministerio de Salud (DEIS), las tasas de mortalidad por aborto disminuyeron drásticamente luego de iniciado el Programa de Planificación Familiar (1960): de 10,7 a 0,5 muertes por cada 10.000 nacidos vivos entre 1960 y 2000. Sin embargo, sigue teniendo gran peso en la mortalidad materna: una de cada 6 muertes maternas es por su causa.¹⁰⁵

MUERTES MATERNAS SEGÚN CAUSA. CHILE 2000-2003												
Causas	2000			2001			2002			2003		
	n*	tasa*	%*	n	tasa	%	n	tasa	%	n	tasa	%
Hipertensión gestacional	12	4,82	24,5	13	5,28	28,9	12	5,02	27,9	4	1,71	12,1
Causas obstétricas directas	11	4,42	22,4	8	3,25	17,8	6	2,51	14,0	4	1,71	12,1
Aborto	13	5,22	26,5	4	1,63	8,9	7	2,93	16,3	5	2,13	15,2
Causas obstétricas indirectas	8	3,21	16,3	10	4,06	22,2	9	3,77	20,9	10	4,26	30,3
Complicaciones del puerperio	2	0,80	4,1	6	2,44	13,3	4	1,67	9,3	3	1,28	9,1
Infecciones			0	3	1,22	6,7	1	0,42	2,3	6	2,56	18,2
Hemorragias	3	1,21	6,1	1	0,41	2,2	4	1,67	9,3	1	0,43	3,0
Parto obstruido												
TOTAL	49	19,69	100	45	18,28	100	43	17,99	100	33	14,07	100

*n: número tasa: por cada 100.000 nacidos vivos %: distribución porcentual

Fuente: Anuarios de Demografía y Estadísticas Vitales (INE, Ministerio de Salud y Registro Civil).

Datos referidos en “El contexto de la mortalidad materna en Chile” de Camila Maturana y Fanny Berlagosky, publicado en Revista Mujer Salud, 3-4/2007, Santiago.

En una revisión de la evolución de la mortalidad materna en Chile para el período 2000-2004, Enrique Donoso encuentra que el 25% de la mortalidad se debe al síndrome hipertensivo del embarazo, el 20,2% a las enfermedades maternas concurrentes y el 12% al aborto. Estas estimaciones marcan una diferencia con la década anterior, cuando el aborto representó la segunda causa de mortalidad materna. El autor explica que este descenso posiblemente se explica por un mayor uso de anticonceptivos y métodos de interrupción del embarazo menos riesgoso. En cuanto a las enfermedades concurrentes, insiste en un inadecuado consejo reproductivo pregestacional y un manejo deficiente de la patología base durante el embarazo.¹⁰⁶

Poco se conoce sobre quiénes son las mujeres que mueren por aborto. Maturana y Berlagosky señalan que un gran impedimento para un adecuado análisis de la mortalidad materna,

104 Ibid.

105 Camila Maturana, “Derechos sexuales y reproductivos...”, 96.

106 Enrique Donoso, “Mortalidad materna en Chile, 200-2004”. Revista Chile de Obstetricia y Ginecología, v. 71 n. 4, Santiago 2006.

y de los factores sociodemográficos asociados a su causa, es que no existen registros públicos de las auditorías de muertes maternas que se realizan en los servicios de salud. Los únicos datos disponibles son sobre la edad de estas mujeres: para el período 2000-2004, el 33,2% era mayor de 35 años, el 55,8% tenía entre 20 y 34 años, y el 11% era menor de 20 años.¹⁰⁷

Mujeres procesadas por aborto

Desde comienzo de los años noventa se han presentado proyectos de ley para legislar en materia de aborto. La iniciativa, o al menos la mayor presión, la han ejercido los grupos fundamentalistas que buscan dar rango de persona al “producto de la concepción” en cualquier momento de la gestación y, aumentar las sanciones a las mujeres que deciden practicarse un aborto y a quienes las ayuden en esta decisión. El recientemente conformado “Frente Parlamentario por la Vida” es un claro indicador de la acción de estos grupos que, además, se coordinan con iniciativas similares en el resto de la región latinoamericana.¹⁰⁸

En cambio, los sectores que se han mostrado dispuestos a liberalizar la ley han sido menos consistentes en sus planteamientos y en su acción. El principal proyecto propuesto que respeta la libertad y autonomía de las personas para disfrutar de la sexualidad y tomar decisiones sobre la reproducción es el proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos. Esta iniciativa fue elaborada por el Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos y varias organizaciones de mujeres, con la participación de la diputada Fanny Pollarolo, y entró al Parlamento el 19 de octubre del año 2000, con la firma de diez diputados y diputadas. El proyecto no ha sido discutido, y aún no se ha hecho efectiva la promesa de campaña de la Presidenta Bachelet de reponerlo en la agenda legislativa.¹⁰⁹

Los estudios sobre mujeres procesadas por aborto realizadas en los años 90 muestran que la mayoría de las condenadas fueron mujeres –29 de las 38 penadas en el año 1991– y que más del 80% fueron procesadas por inducir su propio aborto.¹¹⁰ En el año 2001, 31 personas fueron condenadas por aborto, de ellas 46 mujeres y 15 hombres.¹¹¹ En el año 2005 fueron condenadas 7 personas, 4 mujeres y tres hombres.¹¹²

Entre el 75 y 80% de los procesos penales iniciados por aborto procede de denuncias hechas por profesionales de la salud contra mujeres que llegaron a establecimientos del sistema hospitalario público con complicaciones derivadas de la práctica de aborto clandestino. La mayoría de ellas son de escasos recursos económicos.¹¹³ Esta es una tendencia que se ha mantenido en las últimas décadas, tanto en lo referente a la procedencia de las denuncias como en relación a las mujeres que afecta. Este punto será retomado más adelante, a la luz de los resultados de las entrevistas al personal de salud realizadas en el marco de esta investigación.

107 Enrique Donoso, “Mortalidad materna en Chile, 200-2004”, *Revista Chile de Obstetricia y Ginecología*, v. 71 n. 4, Santiago 2006.

108 Conformado en 2007 por 61 diputados, 14 de los cuales pertenecen a partidos de la Concertación (12 demócratacristianos y 2 del Partido Radical Social Demócrata). En noviembre de ese año, realizaron en Chile un encuentro internacional de parlamentarios y gobernantes “por la vida”.

109 Articulación 28 de septiembre, Dossier de Prensa elaborado para la campaña por la despenalización del aborto del año 2007.

110 Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas y Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos, “Encarceladas. Leyes contra el aborto en Chile”. Canadá 1998, 51.

111 Camila Maturana, “Derechos sexuales y reproductivos...”, 97.

112 INE, Anuario Judicial 2005.

113 Helgar, Angélica “Derechos reproductivos: vergüenza nacional”. En www.piensachile.com, 6 de mayo 2003. Citado en el Informe Sombra CEDAW 2203-2006, elaborado por Corporación Humanas et al., Santiago 2007.

LA PRÁCTICA DEL ABORTO ANTES Y DESPUÉS DE 1989



Contexto Político Sanitario del Aborto

Salud pública y políticas de regulación de la natalidad

A partir del análisis de los diferentes contextos políticos que interactuaron con la salud pública y las políticas de regulación de la fertilidad es posible identificar períodos distintivos entre los años 30 y 64, entre ese año y el 73, durante el período de dictadura y desde el 89 en adelante. Las primeras acciones de salud relativas al aborto se implementan en Chile a partir de los años 20 cuando comienza a aparecer como un grave problema de salud pública, situación generada por las crisis mundiales y la acelerada industrialización. Producto de ese contexto, se autoriza en el código sanitario como prestación médica el aborto terapéutico en el año 1931. A partir de los años 60 se gesta la planificación familiar como programa de salud pública permanente con el objetivo de regular los nacimientos y controlar la dinámica poblacional. El período militar detiene este desarrollo y, posteriormente, una vez recuperada la institucionalidad democrática, se retoma la planificación familiar con múltiples impedimentos para hacer de ella una política de salud pública amplia, equitativa e integral.

De parte de los/as entrevistados/as existe una alta valoración de la planificación familiar que comenzó en los años 20 con iniciativas aisladas de algunos médicos que se adopta como programa oficial en Chile durante el gobierno de Eduardo Frei Montalva.¹¹⁴ Como parte de este impulso se desarrolló un campo de investigación científica en torno a nuevos métodos anticonceptivos que fueran más económicos y más fáciles de usar por las mujeres. Chile se convirtió en país pionero en este tipo de investigaciones contribuyendo a una imagen internacional adelantada en materia de planificación familiar. Jaime Zipper y Benjamín Viel son nombres que forman parte de la memoria de los/as trabajadores/as de la salud formados en obstetricia.

Me tocó ver el nacimiento de la planificación familiar en la que tuvo un rol muy importante uno de los grandes salubristas que ha tenido este país... que es don Pancho Mardones Ruiz-Tagle... Era el director general del Servicio Nacional de Salud en el año 65 cuando se morían aproximadamente unas 700 mujeres al año por complicaciones del embarazo, parto y puerperio. De esas, dos tercios aproximadamente eran a consecuencia del aborto. (Médico, Santiago).

El doctor Zipper con el doctor que era jefe de la maternidad del Barros Luco, el doctor Sanbueza, empezaron a ensayar un anillo que fabricaban con fibra plástica, se hacían en las maternidades, las matronas lo hacían, era como un hilo que enrollaban y al final quedaba como una colita, y eso era lo que introducían en el útero. Y como era liviano se quedaba allí, claro que tenía otras consecuencias negativas porque producía sangramiento, y a veces se podía caer... pero en general era más positivo que negativo. Y los Estados Unidos se interesaron tanto que después empezaron a prepararlo allá y después salieron los dispositivos intrauterinos, más perfeccionados, hasta llegar al actual. Pero siempre con la misma metodología... un cuerpo extraño en el útero de la mujer. (Médica, Santiago).

114 En 1964 se inició el Programa de Salud Familiar y Regulación de los Nacimientos. Ver, Lidia Casas, "Mujeres y reproducción ¿Del control a la autonomía?", op. cit.

La salud materna e infantil y posteriormente la planificación familiar forman parte de la cultura sanitaria construida en torno al aborto. Muchos/as de los/as profesionales de la salud dedicados/as a la obstetricia antes del 89 asistieron al nacimiento y desarrollo de la planificación familiar en Chile, que fue el marco general elaborado desde la salud pública para responder a los altos índices de embarazo no deseado o inoportuno y de mortalidad materna. La discusión que primaba era cómo legitimar y desarrollar la planificación familiar que abordara el control de la fertilidad con menores costos para la vida y la salud de las mujeres así como también con menor impacto en la reproducción de la pobreza y, en ese marco, el aborto terapéutico era secundario.

El aborto terapéutico nunca fue un tema central en el país, en el Servicio Nacional de Salud. El tema central que tiene que ver con el área de la salud sexual y reproductiva de la mujer primero entablar la planificación familiar como un derecho básico y elemental en un país como política pública; y esa fue la gran lucha que finalmente se logró en los años 60-64. Y justamente era luchar contra el aborto clandestino, a través de la prevención del embarazo no deseado; la estrategia siempre fue embarazo no deseado. (Médico, Santiago).

...pasamos por momentos difíciles porque se cortaron las ayudas extranjeras en la acción y financiamiento de los anticonceptivos... La gran lucha fue conseguir financiamiento propio y en esos años 77-78 se logró colocar un presupuesto del Ministerio de Salud para que el Estado asumiera la responsabilidad de la compra de los anticonceptivos y no estar dependiendo del extranjero. (Médico, Santiago).

Este era un tema que ni siquiera se comentaba en los círculos técnicos de la gineco-obstetricia, no era parte del currículum de la Escuela de Medicina, no era parte de nada... En aquellos años estábamos discutiendo todavía si era necesario o no dar anticonceptivos a las mujeres, así que imagínese, el nivel de discusión era mucho más primitivo que el del aborto. (Médico, Valparaíso).

Hasta la década de los 70 el aborto inducido era un problema de salud pública y de inequidad social, debido a que alcanzó prevalencias semejantes a las de una epidemia, llegando a ser causa de más del 40% de las muertes maternas, afectando principalmente a las mujeres pobres.¹¹⁵ Los/as trabajadores/as de la salud no dudaron en implementar medidas que dieran lugar a programas y políticas tendientes a superar esta situación. De ahí la implementación de un programa de planificación familiar que hasta el 73 se centró en la distribución masiva de anticonceptivos como forma de enfrentar el aborto inducido y el desarrollo de experiencias hospitalarias que al alero del código sanitario realizaron aborto terapéutico entendido en términos amplios.

...ahí se empezaron a abrir clínicas se pusieron en marcha muchos programas y ahí estaba Benjamín Viel, que fue uno de los pioneros en ese sentido y que se empezó como a insistir el derecho a las mujeres, regular su fecundidad, de tener posibilidad de usar métodos de mayor eficacia, se iniciaron también más investigaciones hacia nuevos métodos, nuevos dispositivos. (Matrona, Santiago).

En el proceso de instalación de la implementación de acciones más sistemáticas de planificación familiar hubo distintos sectores sociales y políticos que se opusieron. La Iglesia Católica

115 Ver capítulo 3.

se opuso en un primer momento pero desistió a medida que fue comprendiendo la gravedad del problema del aborto, influenciada por la vertiente más popular de la iglesia donde se destaca la figura del Cardenal Raúl Silva Henríquez. Algunos sectores políticos de izquierda, por su parte, criticaron estas medidas por suponer que eran estrategias imperialistas de Estados Unidos.

Se morían 600 y tantas mujeres al año por aborto. Entonces el Cardenal Silva Henríquez le dijo, bueno, usted sabrá las políticas epidémicas, yo no me voy a oponer, tampoco me pregunten a mí. No voy a crear aquí un conflicto. (Matrona, Santiago).

Era un médico católico, en un gobierno que se declaraba católico, con un ministro católico que duró todo el período de Frei Montalva... Me relató directamente cómo en un momento dijo: yo tengo que hablar esto con las autoridades de la iglesia, y reunió al obispado en pleno. Y les dijo miren, esto es lo que pasa con las mujeres que se hacen abortos, estas son las cantidades de mujeres que mueren al año en Chile. ¿Ustedes quieren esto? Y los obispos le dijeron, no. Entonces ayúdenme a salir de los prejuicios y que podamos echar a andar planes de planificación familiar amplios que solucionen el tema. (Médico, Santiago).

...hubo una famosa frase de Robert McNamara, en esa época presidente del Banco Mundial, y dentro de un planteamiento político del control de la subversión en América Latina, dijo: "Más vale que gastemos un dólar en anticoncepción, que 5 en educación para controlar la subversión en América Latina". Él pensaba que la pobreza y la sobrepoblación estaban detrás eran un caldo de cultivo de la subversión. Entonces algunos sectores de la izquierda vieron en la planificación familiar una política imperialista destinada a controlar la subversión. (Médico, Santiago).

...el tema del control de la natalidad yo me recuerdo claramente que era criticado por el Partido Comunista o por unas fracciones del Partido Comunista, como una acción imperialista para evitar que siguiéramos teniendo una clase pobre que generara una presión social mayor. (Médico, Valparaíso).

Con el objetivo propósito de "disminuir la incidencia del aborto provocado, reduciendo por ende los daños y riesgos asociados a la salud materno-infantil"¹¹⁶ se crea en el año 1965 la Asociación Chilena de Protección a la Familia, APROFA, organismo privado, filial de la IPPF,¹¹⁷ que auxilia la labor del sistema de salud en lo que respecta a la distribución de los métodos anti-conceptivos, convirtiéndose más tarde en un organismo asesor del Servicio Nacional de Salud. De este modo, el Estado crea mecanismos indirectos para asumir la implementación de la política, una solución "a la chilena".

La planificación familiar... se hizo un poco a la chilena... Se descubrió una vía para que una organización privada, APROFA, lo hiciera en convenio con el Estado, pero que no estaba metido directamente en esas cosas. (Médico, Santiago).

116 "La primera norma fue la Circular A 2 1 N° 3 emitida por el Director General del SNS el 8 de octubre de 1968. Esta tenía como propósito no sólo resolver el tema de la planificación familiar como política de salud, sino que establecer formalmente los términos de cooperación con la Asociación Chilena de Protección de la Familia...". Referencia de Lidia Casas, op. cit.

117 Internacional Planned Parenthood Federation.

En los años 80 y 90 se observa una disminución de las tasas de mortalidad por aborto junto a la implementación de medidas que desincentivaron la planificación familiar. En la época de la dictadura militar se registra un cambio drástico, se detiene el desarrollo de la planificación familiar y se vuelca a una orientación pro natalista que para las mujeres implicó restricción del acceso a los métodos anticonceptivos y desprotección frente a prácticas de vulneración de sus derechos. APROFA también se vio afectada por este viraje.

La planificación familiar empezó tímidamente a comienzos de los 60... Tuvimos pocos años de una buena planificación familiar porque con el golpe militar del 73 la cosa cambió drásticamente, porque el objetivo geopolítico, como decían ellos, es deseable un aumento significativo del número de hijos. (Médica, Santiago).

Donde vi un cambio más fuerte fue después del 73 cuando empezaron en la onda de que el dispositivo era abortivo y que no había que colocarlo, incluso APROFA cambió de giro; se empezó a dedicar más a programas de capacitación de docencia porque estaba siendo cuestionado el hecho que ellos estuvieran propiciando programas de regulación de fecundidad... Incluso después la entrega de los métodos anticonceptivos que llegaban, el Servicio tuvo que comprarlos. Antes llegaban como aporte de la Federación Internacional de Planificación Familiar. (Matrona, Valdivia).

En los últimos 18 años, a pesar de la orientación progresista de los gobiernos de la Concertación que ha generado expectativas en torno a una legislación a favor del aborto como derecho de las mujeres, existe la percepción que hay una actitud evasiva frente a estos temas debido a la polémica que levantan, la intransigente postura de la Iglesia Católica y la influencia de los sectores políticos conservadores. Apoyar públicamente una ley de aborto implica para los/as políticos/as arriesgar su elección.

Una cosa es el gobierno que no quiere tener conflicto con la iglesia, pero ese es un problema diferente de lo que la ciudadanía puede expresar como preocupación. ¿Quién se va a querer comprar ese conflicto con la iglesia? El próximo gobierno de la Concertación, si es que hay gobierno de la Concertación ¿se lo querrá comprar frente a tantos otros problemas?... Si finalmente es un problema de las mujeres. (Médica, Santiago).

Le dije no lo pongas en el tapete en este momento porque vamos a fregar a todas nuestras legisladoras... porque aún las personas que estén más de acuerdo con reponer el aborto terapéutico, no las van a elegir... Tú ves que Lagos y Michelle han dicho que no lo van a tocar. (Médica, Santiago).

A mí de verdad me da un poco de pena que no esté dentro del programa de gobierno o del programa de salud que no se incorpore el aborto terapéutico, porque creo que están las condiciones como para hacerlo en Chile hoy día. (Médica, Santiago).

El aborto inducido como problema de salud pública

La consideración de aborto como problema de salud pública está estrechamente relacionada con la definición de objetivos de la salud pública. Actualmente, ésta dista mucho de la

concepción clásica salubrista, que se centraba en la búsqueda de un mejor estado de salud para toda la población, asegurando equidad y justicia social a favor de los más pobres. La salud pública ha dejado de tener estos parámetros y se guía cada vez más por criterios economicistas, privatizando la entrega de servicios de salud y priorizando programas públicos focalizados en los sectores más vulnerables. A su vez, las características epidemiológicas en Chile han variado enormemente, pasando de un perfil centrado en las enfermedades transmisibles característico de un país “no desarrollado” a uno donde se destacan las enfermedades ligadas a procesos de envejecimiento de la población y a sus estilos de vida, aunque también se habla de una acumulación epidemiológica, donde coexisten altas prevalencias de enfermedades transmisibles como la tuberculosis, enfermedades respiratorias y el SIDA, junto a enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, accidentes cardiovasculares) y problemas con raíces socioculturales, como la violencia de género, la depresión y el alcoholismo, entre otros. Estos cambios han repercutido en la forma en que se responde desde el sector salud al problema del aborto.

En ese tiempo los médicos tenían más conciencia social. Cuál es el problema que yo veo: hay un problema de discusión ideológica, una instalación en nuestra cultura hoy en día de no meterse en estos temas espinudos para no entrar en conflicto con la Iglesia Católica. Esa es mi percepción. (Matrona, Santiago).

Dentro de los salubristas creo que hay menos fuerza por el hecho de que ha cambiado lo que hoy llamamos salubrista. Te diría que hoy los así denominados salubristas son gerentes de salud, y esa es otra parada. No es la parada de la política pública, de los derechos humanos. (Médica, Santiago).

En la salud, al actuar con criterio salubrista, no solamente en relación al aborto sino que en el tema de la mujer, de los niños, había una cultura salubrista que se ha perdido. (Matrona, Valparaíso).

Antes el aborto era considerado un grave problema de salud pública por la alta mortalidad materna que causaba. Actualmente, frente a las bajas tasas de mortalidad materna y al descenso de las hospitalizaciones por aborto se instala el debate que cuestiona la categoría de problema de salud pública del aborto. Está presente, por otro lado, la visión que lo considera como tal al tratarse de muertes absolutamente evitables que continúan ocurriendo y de impactos graves en la salud y proyectos de vida de las mujeres que deben continuar con embarazos no deseados o complicados.

Hoy no es un problema, es un tema en salud, pero no un problema. (Médico, Valdivia).

Considero que sigue siendo un problema de salud pública en tanto hoy en día están todas las herramientas para evitar que alguien muera de un aborto y sin embargo no se aplican. En tanto eso lo sigue siendo, porque las políticas de salud debieran efectivamente incorporar evitar que las mujeres mueran por abortos mal practicados o practicados en condiciones de higiene no favorables, y estando a la mano la posibilidad de legislar eso no se haga. (Médica, Santiago).

Chile, en el concierto latinoamericano creo que es el segundo lugar según cifras del año antepasado y Chile es uno de los pocos que no tiene legalizado el aborto, entonces eso es un problema de salud pública. (Médico, Valparaíso).

Sí es un problema de salud pública, ya sea tanto el espontáneo como el provocado es un problema de salud pública, nosotros hacemos aquí 300 legrados postaborto... Hoy en día se tratan bien, pero es una de las principales causas de mortalidad materna aún hoy en día. (Médico, Valdivia).

Las altas tasas de mortalidad materna y el peso que el aborto inducido tenía en esas muertes, las graves secuelas con que quedaban las mujeres sobrevivientes de los abortos provocados, así como las precarias condiciones de los centros hospitalarios configuraban un cuadro dramático en una salud pública que no se encontraba preparada para responder al aborto en tiempos en que las mujeres recurrían a él como forma de regular el número de hijos/as. Este era el escenario que marcó la formación profesional y la práctica clínica de los obstetras de los años 30 en adelante, época en que se disparan las cifras de aborto en los hospitales debido a la incorporación de Chile en el proceso de industrialización.

Nosotros atendíamos abí más o menos 17 mil partos al año y te puedo decir que me tocó pasar noches en que vi amanecer operando, comencé a las once de la noche por ejemplo y a las siete de la mañana estaba operando, era una tras otra y tras otras, otra porque más que maternidad era un partero ese asunto, ahora dentro de eso, acuérdate que en aquella época había una alta mortalidad materna. (Médico, Valdivia).

Las condiciones en que llegaban muchas mujeres eran aberrantes, sufrían pérdidas de órganos, hemorragias, septicemias y muertes a causa de métodos invasivos a los que recurrían en la desesperación de provocarse el aborto. Era conocido en esos años el perejil por su alta toxicidad y recurrencia en las causas de muerte por aborto. Asimismo, las condiciones de los hospitales eran muy precarias, no contaban con infraestructura básica, escaseaban las camas, los insumos, los medicamentos. Las mujeres debían resignarse a procedimientos cruentos sin paliativos del dolor que muchas veces se confundían con el maltrato.

Hice mi internado el año 84-85, en la época en que los hospitales públicos no había nada de nada. Lo hice en el San José, donde atendíamos los partos a mano pelada, y suturábamos... Bueno, yo viví en esa maternidad en la época en que los abortos... habían salas, dos salas de pacientes sépticas. (Matrona, Santiago).

Nos enseñaron en fisiología el daño que provocaba este microorganismo: no era que el perejil tuviera una propiedad especial, sino que abortaban por los gérmenes y los microbios que llevaba el tallo del perejil. Entonces la infección era lo que te provocaba el aborto. Era el perfringens que era el microorganismo que te provocaba todo esto super dañino que se instalaba en los riñones; cuando me describían los profesores cuál era daño renal, cuáles eran las características: va a ver que estas mujeres orinan color Coca-Cola. Y yo empiezo a ver que lo escrito en los textos era real; las mujeres orinaban color Coca-Cola y era el pánico en todo el servicio en esos años porque sabíamos que eso tenía un mal fin. (Matrona, Santiago).

Los tratamientos para dilatar el cuello eran cruentos, cruentos, porque se inflaba un balón de goma dentro del útero y ese balón iba conectado, largo, largo, que llegaba a los pies de la cama y con una tira se colgaban pesos de metal... Esta dilatación por peso era algo espantoso, entonces nosotras las matronas qué hacíamos, nos conseguíamos diazepam y clorpomesina, entonces andábamos en esta verdadera cruzada... ¿Tenís

media”?, la media nosotras sabíamos lo que era, la media analgesia, media de diazepam y media de clorpomesina para bajar los niveles del dolor. (Matrona, Valparaíso).

El maltrato hacia las mujeres que abortan es una constante en la historia de la atención hospitalaria, manifiesto en acoso verbal, interrogatorios, prácticas de atención que deliberadamente aumentaban la incomodidad y dolor de las mujeres. Los orígenes de este castigo están en la ideología que considera que ellas transgreden la naturaleza del ser mujer: la maternidad. Hay experiencias muy puntuales en los años 60-70 que describen un trabajo en equipo cercano y sensible al drama humano que vivían las mujeres. Posteriormente, durante la dictadura militar el maltrato se recrudece y constituye una práctica habitual de parte del personal de salud. Actualmente, se advierten intentos por desterrar estas prácticas aunque persiste la denuncia y el reproche de parte de quienes atienden a las mujeres.

Aunque tratábamos de ser solidarias, era un trato que, con vergüenza lo digo, era déspota... había mucha condena verbal, “y por qué te hiciste esto” “y por qué llegas a esto” y “dime la verdad”. (Matrona, Santiago).

A mí me tocó ver, siendo alumno de medicina, un brutal maltrato a las mujeres que se practicaban abortos... Se hacían los raspados, los internos y los alumnos, sin anestesia, era de rigor, había una conducta castigadora muy fuerte, y se acostumbraba; me acuerdo que me impactó mucho la brutalidad con la cual se limpiaba el interior del útero después de completado el aborto con gasa embebida en yodo. El griterío de esas mujeres era espantoso y la cantidad que se veían en los servicios de urgencia eran enormes. (Médico, Santiago).

No había maltrato, en esa sala no. Porque el ambiente laboral antiguamente era muy diferente al de ahora, no era competitivo, no había abuso de poder, era más parejo, antes de este caballero, era como todo el mundo igual, las auxiliares, el empleado de servicio, el médico, trabajábamos todo el equipo juntos y cuando llegaba una mujer que se había provocado un aborto, actuábamos todos en equipo también, con la familia, con ella, de mucha compasión. Después de eso, cambió la cosa y ya el aborto pasó a ser una discriminación absoluta y total a una mujer que llegaba con aborto provocado... (durante la dictadura)... Había el “qué te hiciste”, “por qué te lo hiciste”, “qué te haz imaginado”, “asesina”. (Matrona, Valparaíso).

Aborto terapéutico en Chile: 1931-1989

Entre 1931 y 1989 el aborto terapéutico fue autorizado en el código sanitario, permitiendo practicar un aborto como forma de evitar la muerte de la mujer cuando el embarazo ponía en riesgo gravemente su vida. Su existencia y valor se entiende en el marco de distintos contextos tanto sanitarios como sociales y políticos que forman parte de las experiencias de ejercicio profesional de quienes fueron entrevistados/as.

La existencia de la norma antes de 1989 recibe distintas valoraciones, no obstante, en principio se reconoce que fue positiva debido a que constituyó un recurso disponible para resolver

situaciones graves de salud materna en el marco de la legalidad y, por lo tanto, protegiendo de alguna manera la práctica médica. Independiente de esta primera evaluación, el código sanitario tuvo diversas interpretaciones que dieron lugar a varias formas de implementar la práctica del aborto terapéutico. Uno de los inconvenientes de las distintas elucidaciones de la norma era la incertidumbre a la que se enfrentaban las mujeres que no tenían la información sobre los hospitales de mayor apertura al aborto.

Teníamos integrado el tema del aborto terapéutico, sabíamos que existía y que era una herramienta que tenías la posibilidad de utilizar. (Matrona, Valparaíso).

Es que está como muy al libre albedrío diría yo, al arbitrio de que si un director de hospital estaba en contra de la cuestión, no estaba de acuerdo, no se hacía nada. Yo me acuerdo que en el Félix Bulnes el médico era absolutamente negado para eso. (Matrona, Valdivia).

La indefinición del concepto “terapéutico” en el Código Sanitario, es decir, la no precisión de las causales específicas, permitió que médicos/as obstetras y matronas interrumpieran un embarazo cuando estimaban que era necesario, más allá de situaciones de riesgo vital. Sin embargo, esa posibilidad estaba supeditada al apoyo del equipo médico y/o de la dirección del establecimiento, quienes finalmente imponían los criterios a seguir ante las solicitudes de aborto, encontrando mayores obstáculos aquellas que no fueran situaciones de riesgo vital o que, en última instancia, no fueran por causales estrictamente médicas.

Las situaciones en que se practicaba el aborto terapéutico variaban de un hospital a otro. En la primera situación, la más estricta, el aborto sólo se practicaba en embarazos inviables que constituían grave riesgo para la vida de la mujer (embarazo ectópico, mola hidatiforme, huevo roto o infectado). A veces se ampliaba la consideración de riesgo vital a los casos en que la mujer padecía una enfermedad grave cuya evolución era acelerada por el embarazo o irremediablemente afectaba la posibilidad de sobrevivencia del feto (rubéola, sífilis, insuficiencia renal, cardiopatías severas, cánceres, diabetes, entre otras). En algunos hospitales se incluía como causal la enfermedad psiquiátrica de la mujer. Lo común de todos estos cuadros es que correspondían a problemas médicos, tanto los orgánicos como los psiquiátricos.

Algunos cánceres, creo que de mama y cervicouterino, cardiopatías, sólo eso. (Médico, Valdivia).

...lo que se hablaba directamente era la posibilidad de interrumpir el embarazo cuando había una enfermedad grave de la madre. (Médico, Santiago).

La mola hidatiforme... eso es lo que yo más veía. Después, hipertensión seria de la madre, enfermedades cardíacas de la madre, situaciones sociales graves productos de violación y rubéola también... Madres con evidentes signos de una sífilis por ejemplo. (Matrona, Valparaíso).

Cuando eran casos de aborto terapéutico, daño de la madre o del feto, se aprobaban sin problemas. En los casos “no médicos” se autorizaban los casos de mujeres con enfermedad mental. (Médico, Valparaíso).

La percepción acerca de la frecuencia con que se practicaba el aborto terapéutico estaba ligada a la interpretación que se hacía del código, lo mismo sucedía con los procedimientos que

debían seguirse para su ejecución. Cuando las causales admitidas eran estrictamente médicas y de riesgo vital, se habla de una práctica poco frecuente.

Solamente tenemos la información que está registrada en la estadística de egresos del Ministerio de Salud, y en ello no tenemos más de uno o dos abortos terapéuticos por año. (Médico, Santiago).

Es posible identificar una segunda situación a través de algunas experiencias de aplicación amplia de la norma, que incluían factores psicosociales y culturales dentro del concepto de lo terapéutico como modo explícito de enfrentar las severas complicaciones y la muerte por aborto provocado. La existencia del aborto terapéutico en el código sanitario permitió resolver legalmente embarazos por razones médicas y sociales, entre estas últimas, la pobreza como factor de riesgo para la vida y la salud de las mujeres. En coherencia con ello, en el Hospital Barros Luco, uno de los hospitales que adherían a esta forma de aplicar el Código Sanitario consideraban que “el aborto ilegal pone en peligro la salud y la vida de la mujer en el grupo socioeconómico más modesto, por lo tanto, el aborto terapéutico al impedir estos riesgos es legal”.¹¹⁸ La frecuencia de este tipo de abortos, según la percepción de quienes se refieren a este tipo de aborto terapéutico era alta, se trataba de una práctica habitual.

...era una práctica habitual, yo diría que los niveles de complicación que tenía era la objeción de conciencia de algunos grupos, pero que en ese tiempo ni siquiera estaba tan regulada o explicitada. Más bien había una derivación y una vía real de poder hacerlo. Lo cual no significa que el problema no existiera, porque nunca hubo posibilidad de resolver en la magnitud de la demanda. (Médica, Santiago).

Entre las experiencias hospitalarias que aplicaron la norma del aborto terapéutico en términos amplios, la del Hospital Barros Luco aparece como la más emblemática debido a que se trató de un programa sistemático de planificación familiar en el que se involucró todo el equipo de salud y trabajadores/as del establecimiento. El programa que se implementó durante un año y medio (entre 1972 y septiembre 1973) no se limitaba a la práctica del aborto sino que se acompañaba de acciones de planificación familiar tales como la entrega de métodos anticonceptivos y seguimiento de las mujeres, en un hospital que justamente se destacaba por su desarrollo en esta materia. Si bien cualquier mujer podía solicitar un aborto y sus razones no eran cuestionadas por el equipo médico, se manejaban algunos criterios para priorizar las atenciones, como la situación socioeconómica, la multiparidad y la falla del método anticonceptivo.

...se echó a andar un programa en el Barros Luco que intentó dar una respuesta más razonable a una enorme cantidad de mujeres que recurrían a abortos por embarazos no deseados. Entonces se abrió una puerta basada en el código sanitario que solamente ponía como restricción que hubiera acuerdo de dos médicos cirujanos, al decir del código, para poder realizar un aborto sin especificar otros requisitos. (Médico, Santiago).

Había que tomar una medida. Nos llamaron a las matronas y nos dijeron queremos aplicar esto, queremos ver cómo lo hacemos porque no puede ser que las mujeres se mueran sin que tengamos una alternativa. En el fondo fue una decisión bastante democrática en términos del equipo de salud, auxiliares, chofer, todo el mundo, porque si no te iba en contra la propuesta. (Matrona, Santiago).

118 Tegualda Monreal “Evolución histórica del aborto...”, 19.

El compromiso era que salían del PIP¹¹⁹ en la tarde, porque les hacíamos la intervención en la mañana entre las 8 y las 12, quedaban reposando, y a las 3 o 4 de la tarde las dábamos de alta y se iban con métodos anticonceptivos, generalmente pastillas, y quedaban citadas inmediatamente al consultorio que funcionaba allí mismo para que volvieran a buscar pastillas o se pusieran el dispositivo que era lo único que había en ese tiempo. (Matrona, Santiago).

...hacíamos énfasis en aquellas mujeres que les había fallado el método, que eran pacientes nuestras, y tenían la primera opción. Para nosotras era claro que ella había evitado embarazarse... Las mujeres que eran multíparas, que tenían situación económica mala, o porque sencillamente no querían más hijos. Pero la primera prioridad eran las multíparas, porque sabíamos que esas mujeres se iban a hacer el aborto igual, también las que tenían abortos previos, porque eso ya era un indicador de que se iba a hacer un aborto. (Matrona, Santiago).

El programa del Barros Luco representó para las mujeres en esa época una de las pocas respuestas del Estado al problema de un embarazo no deseado o inoportuno, y la más segura en el sentido que era un programa de salud institucionalizado. Esto implicó que la demanda aumentó a tal punto que el hospital no daba abasto con los recursos que contaba, ya que entre las mujeres y muchas veces con el apoyo de los/as trabajadores/as de la salud se formaron redes de información sobre la existencia de centros hospitalarios donde las mujeres podían recurrir sin miedo.

...se sabía incluso cuáles eran las maternidades donde las mujeres podían concurrir para hacerse un aborto que aparecía como terapéutico. Eso es lo que ocurrió. Se sabía que en este hospital, el Barros Luco, había mayor flexibilidad para abordar el tema y las mujeres venían sin temor cuando venían con un aborto y terminaban sin denuncia. (Médica, Santiago).

Existieron otras experiencias de aplicación amplia del Código Sanitario para la práctica del aborto terapéutico, como la del Hospital Enrique Deformes de Valparaíso, que a diferencia del Barros Luco, se trataba de iniciativas individuales de médicos/as y matronas que tenían una postura más abierta hacia el aborto y actuaban desde una concepción salubrista sensibilizada con la situación de las mujeres, especialmente de las más pobres. Una estrategia distinta que se implementó a inicios de la década del 70 para contrarrestar la alta prevalencia de las complicaciones por aborto consistió en captar a la persona que realizaba los abortos ilegales y entrenarla en el mismo centro hospitalario.

La gran mayoría de las mujeres pobres, de las barriadas de esa época iban donde las asistentes sociales y decían que no podían tener al niño... Yo más que casos de mola, vi casos muy dramáticos de hemorragia que hubo que hacer inmediatamente el legrado y casos sociales... No había ni un mes en que en el hospital no hubiera algún caso de aborto terapéutico, en realidad, llamado aborto terapéutico. (Matrona, Valparaíso).

...en esa misma época haber escuchado de una situación que se dio en Antofagasta, en la cual tenían una enorme cantidad de abortos provocados sépticos con graves consecuencias para las mujeres, e investigando habían logrado dar con la partera que hacía esos abortos... Se llevó esa mujer al hospital y le enseñaron cómo se manejaba

119 Unidad de Procesos Inflamatorios Pelvianos.

el instrumental y cómo se hacía un aborto en buenas condiciones. Con eso cayeron violentamente las tasas de mortalidad y de complicaciones del aborto provocado en Antofagasta. (Médico, Santiago).

En relación al procedimiento que estipulaba el Código Sanitario para practicar un aborto terapéutico, se requería la autorización de dos médicos cirujanos aparte del que hacía la solicitud. Pero más allá de esta exigencia que imponía el propio código, variaba el procedimiento según el contexto histórico y político-social. Antes del 73, este requisito se cumplía dependiendo de los criterios del equipo médico que revisaba el caso; no existían en ese entonces otros instrumentos que regularan la acción médica y que garantizaran el consentimiento informado de la mujer, tales como protocolo o directrices técnicas.

Existían guías generales, pero después cada hospital hacía las específicas de su servicio. (Matrona, Valparaíso).

No tan explícitamente, pero sí se respetaba el que se dejara constancia escrita en general. (Médico, Santiago).

No existía un formulario que dijera un consentimiento informado como hoy en día... no existía... En ese tiempo primaba el criterio médico. (Matrona, Santiago).

Después del 73, los procedimientos fueron más exigentes y el acceso al aborto terapéutico menos expedito. En algunos hospitales se solicitaba además de la opinión médica, un informe social, un informe psiquiátrico de la mujer e incluso en otros, la opinión de un abogado y, en general, se tomaban mayores resguardos convocando a un comité médico cuando el caso era especialmente complicado. Derivado de las condiciones más restrictivas, los/as médicos/as apelaban a la objeción de conciencia y se negaban a firmar la solicitud, llegando a situaciones límites en que nadie quería realizar la intervención.

...todo aborto, digamos terapéutico, que se hiciera aquí tiene que contar con la autorización del jefe de servicio, por lo tanto tenía que contar con su anuencia, aceptación y autorización. (Médico, Valdivia).

El procedimiento era muy estricto, todo pasaba por comisión. La comisión estaba formada por dos obstetras, el médico solicitante, un psiquiatra, un abogado. (Médico, Valparaíso).

...esa famosa comisión de dos personas, la presentación de un médico especialista que pudiera solicitar al jefe de servicio que se constituyera esta comisión... era todo un acto que requería ciertas condiciones de cercanía con respecto a la institución, no era cualquier medio que pudiera llegar; no había ningún mecanismo para que llegara tan fácilmente y la reunión era excepcional. (Médico, Valparaíso).

No había dificultades, administrativamente las pacientes ingresaban igual que cualquier otro paciente en el hospital y se realizaba la interrupción. El punto era que cuando se llevaba a la junta médica se exponía el caso y cuando se decía ya, se hace, nadie lo quería hacer; había que sortearlo. (Médico, Valdivia).

Hasta comienzos de los años 70 existe un acumulado reconocible en torno a la práctica legal del aborto terapéutico que se ve bruscamente interrumpida con el golpe militar. Después del

año 73, con el cambio de régimen político se tensiona y complica la aplicación del aborto terapéutico aun cuando continuó siendo vigente hasta el último día del gobierno militar. Ya no era posible resolver casos que no se apegaran estrictamente a la norma y el riesgo de la denuncia se impuso como impedimento para los/as profesionales de la salud.

Yo nunca me voy a olvidar el día 11 de septiembre, en medio de esa convulsión, llegaron las pobres mujeres y las tuvimos que mandar devuelta. Golpeaban las puertas... y todo el mundo estaba alborotado. Tengo la imagen de las mujeres en la puerta... no solamente el impacto de vivir el golpe, sino también desde el punto de vista emocional, de estar convencidas que estábamos haciendo algo por las mujeres y hubo que suspenderlo, de un rato para otro. (Matrona, Santiago).

...de un round tuvimos que suspender todas las cosas, además porque la mayoría de la gente que estábamos a favor, es decir aquellas personas que veíamos aplicar el aborto terapéutico en su real dimensión para las necesidades de la población, en ese minuto todos fueron sacados del servicio. (Matrona, Santiago).

Creo que la dictadura y sectores ligados a ella quisieron poner posturas fundamentalistas en relación a la planificación familiar y obviamente al aborto. (Médico, Santiago).

La decisión de derogar el aborto terapéutico y reemplazar el artículo que lo autorizaba por la prohibición de toda interrupción del embarazo fue unilateral, a pesar que se solicitaron informes a distintos sectores sociales. La percepción es que se trató de un trámite para cumplir con una formalidad y que los criterios económicos fueron importantes. Si hubiera dependido del sector médico, el aborto terapéutico no se habría eliminado, lo que queda demostrado con los informes emitidos por los pocos sectores de salud que fueron consultados y por la ingrata sorpresa que significó para quienes en ese momento trabajaban en el área obstétrica.

El más importante para decidir el tema fue el de la Escuela de Negocios de Valparaíso, no me pregunte por qué ni cómo, no lo conozco, no lo he leído. El único informe que se pidió a la Escuela de Medicina fue a la Escuela de Salud Pública; hicimos el informe entre Ernesto Medina y yo, y cuando lo hicimos fue absolutamente en pro de continuar apoyando, diciendo que el aborto de causa médica es un elemento que está en todo el mundo, y colocábamos la bibliografía, los datos, lo que existe en la literatura, colocamos ejemplos clínicos de lo que pasaba en Chile, de los embarazos ectópicos. (Médico, Santiago).

Yo creo que por cumplir una cierta formalidad le pidieron a la Sociedad un pronunciamiento sobre este proyecto que patrocinó el Almirante Merino, y que lo sacó el 10 de marzo del año 90, es decir, a un día de entregar el gobierno oficialmente... Y ahí hago el análisis a ese momento del aborto, desde sus aspectos biológicos, del tema del Código Sanitario que le permitía y mi postura favorable a que se mantuvieran las indicaciones de aborto terapéutico. Ninguna fue tomada en cuenta; recuerdo haber leído las indicaciones que hizo Ramiro Molina, que también decía que hay que mantener disposiciones. Pero ese proyecto salió tal cual lo redactaron, y fue un puro ritual esta consulta a la sociedad científica. (Médico, Santiago).

A nivel médico creo que nunca hubo la intención de la inmensa la mayoría de los médicos de plantear eliminar la autorización que el Código Sanitario contemplaba para realizar el llamado aborto terapéutico. (Médico, Santiago).

Por la forma sorpresiva con que se actuó y el contexto político de esa época, la derogación del aborto terapéutico habría pasado desapercibido como hecho político no sólo para el sector salud sino que también para el movimiento de mujeres y el resto de los movimientos sociales que en esos años centraban su acción política en el derrocamiento de la dictadura. El nuevo escenario de total ilegalidad, generó en el sector salud un silenciamiento respecto al aborto como problema de salud pública por temor a las sanciones y presiones a las que están expuestos/as sus trabajadores/as y por la internalización de un discurso “pro vida” que prioriza por la vida del feto por sobre la vida de las mujeres. Visto desde otro punto de vista, la eliminación del aborto terapéutico interrumpió el desarrollo de políticas más amplias y efectivas que abordaran el aborto como problema de salud pública.

...no tienes libertad, no puedo decirlo abiertamente... porque las matronas están por la vida, la madre, del que está por nacer... El drama del tema del aborto en nuestra sociedad es que no sientes libertad para hablar del tema, hay un problema de las libertades de opinión. (Matrona, Santiago).

Diría que fundamentalmente esto ha impactado en el terreno de lo simbólico y de la libertad de un estancamiento; el mayor impacto a mi juicio no se da en absoluto en el campo de la mortalidad, si no que se da en lo simbólico y en un plano que tiene que ver las secuelas de los abortos que se puedan estar realizando en forma clandestina, dependiendo incluso del método que se use, pero secuelas sobre las cuales no hay ningún nivel de control. Hay un agujero negro que es preciso indagar. Lo único que tenemos claro es la involución en el plano ideológico producto del impacto simbólico de todos los discursos que se han ido instalando. (Médica, Santiago).

Lo que evitó quizás esta derogación fue haberla perfeccionado en todo este tiempo, haberla ampliado a un criterio distinto, vital para la madre, haberla hecho compatible con los riesgos de la salud desde una expresión mucho más amplia... de haber dado una señal tan negativa. (Médico, Valparaíso).

Consecuencias de la ilegalidad del aborto terapéutico y cambios en la práctica del aborto clandestino

Variaciones del aborto inducido como problema de salud pública: perpetuación de la inequidad social

El aborto como problema de salud pública ha variado enormemente. Existe la percepción general que ya no constituye un problema importante si se mide con los índices clásicos de la salud pública como es la mortalidad y la morbilidad, porque las complicaciones por aborto han disminuido significativamente debido al mejoramiento de las técnicas abortivas, de la atención sanitaria y las mayores coberturas de anticoncepción.

...boy hay mejores condiciones de asistencia sanitaria, los hospitales tienen mejores condiciones de USI, UTI y uso de antibióticos... En general, más mujeres no se están muriendo. En general, los lugares donde las mujeres se están haciendo los abortos tienen mejores condiciones que hace 20 años atrás, donde no tenían buenas condiciones de asepsia... Entonces la mortalidad por aborto ha bajado... Entonces pasa a no ser un problema de salud pública, porque en salud pública las cosas se miden por la magnitud de la mortalidad, y aparece oculta la cifra de cuántas mujeres se están practicando abortos en condiciones inseguras o ilegales y que podrían hacerlo en mejores condiciones si la puerta se abre. (Médica, Santiago).

Me parece que no, porque la práctica del aborto ilegal, en las condiciones en que se realiza ahora... yo no lo percibo en este minuto como un daño, o sea, es un daño económico, un daño probablemente de otro tipo, pero desde el punto de vista de la salud pública que lo definimos por muerte básicamente o por daño a la salud, años de vida perdidos, todo eso... ni siquiera podría decir que hay un aumento de la infertilidad por esa razón. (Médico, Valparaíso).

Las consecuencias del aborto clandestino siguen afectando principalmente a las mujeres pobres. Son ellas las que se provocan abortos en malas condiciones, en manos de personas mal preparadas y casi siempre en completa soledad. Los/as profesionales del área obstétrica son sensibles a esta realidad que ven a diario, especialmente las matronas, quienes consideran injustas las diferencias de acceso al aborto de acuerdo a la estratificación social. La inequidad social que rodea al aborto en sus distintas manifestaciones es otra expresión de su carácter de problema de salud pública.

Desde el punto de vista de la tan manida equidad en salud, que hoy día existan todavía muchas mujeres –a pesar de la incorporación de la píldora del día después que aún tiene problemas de inequidad– de los sectores medios para arriba puedan practicarse abortos clandestinos igual, pero que sabemos que son en condiciones de clínicas bien instaladas, con médicos y profesionales de salud que practican abortos en condiciones sanitarias óptimas versus las mujeres pobres, todavía nos llegan a nosotros a las maternidades con un perezil metido en la vagina o en el útero. (Médica, Santiago).

En los servicios públicos llegan 30 mil y tantas mujeres al año, en la privada no hay abortos, ni siquiera espontáneos. Abí se disfrazan. Y eso es doloroso para uno. La gente que no tiene plata, vive otra realidad. (Matrona, Santiago).

Otra cara de la inequidad se traduciría en un mayor manejo de la información para resguardar la identidad de las mujeres que tienen los recursos para acceder a estos servicios, generando otro de los problemas del aborto: la ausencia de registros y los subregistros. En otro sentido, una de las estrategias que el equipo médico utiliza cuando evalúa necesario interrumpir un embarazo, es encubrir la intervención con diagnósticos de patologías que implican riesgo vital para la mujer o de abortos que ya están en curso. Esta acción puede tener efectos positivos inmediatos en la salud de una mujer, pero genera dificultades en el sistema que contribuyen al desconocimiento de la real magnitud y dimensión del problema del aborto. Ambas caras de la misma moneda son expresiones de la inequidad del sistema que impacta en la salud de las mujeres.

Creo que los circuitos de aborto siguen existiendo. Tradicionalmente en Chile existen abortos en buenas condiciones en clínicas privadas. Abí hay que investigar, por ejemplo, la altísima frecuencia de biopsia de endometrio que aparecen en algunas clínicas privadas que en realidad esconden abortos provocados no declarados hechos en muy buenas condiciones... Entonces hay un tema de inequidad. (Médico, Santiago).

Al no tener el aborto terapéutico, ahora tengo que disfrazar los que merecen aborto terapéutico y los otros tengo que disfrazarlos de abortos retenidos, aborto en evolución, el nombre que se te ocurra para poner que el aborto ya ocurrió o está en vías. (Médico, Valparaíso).

Hay otras maneras de hacerlo, uno simplemente inventa algo, no sé, es fácil inventar un huevo anembrionado ecográficamente, o sea, yo hago una ecografía, pongo la vesícula sin embrión y hago otra ecografía a la semana y hago lo mismo e ingreso a la paciente por huevo anembrionado y la raspo... Esos son abortos ilegales, pero pasan; son perfectamente ejecutables sin ningún problema, si es que hay una cierta confabulación llamémoslo así entre dos o tres personas más. (Médico, Valparaíso).

Las opciones de las mujeres pobres no se comparan con las de las mujeres que cuentan con recursos económicos. Una de las expresiones más duras de esta inequidad se muestra cuando la mujer ha quedado embarazada producto de violencia sexual directa o de abuso de su condición de vulnerabilidad como en el caso de las mujeres con deficiencia mental. Las únicas respuestas que el sistema ofrece a las mujeres pobres es continuar con el embarazo no deseado a través de un trabajo coercitivo que el/la prestador/a de salud hace con la mujer sobre la base de la exaltación de la maternidad o entregar al/la hijo/a en adopción.

...una mujer de bajo nivel socioeconómico tiene dos alternativas, o tiene la guagua en las condiciones malas, que va a conllevar una serie de problemas de salud a la guagua, problemas a la mujer y una serie de problemas sociales, si es que es el hijo de una violación o de una chica con retardo mental, o sea, es la base de un problema enorme. Y la otra solución para una mujer de bajos ingresos va a ser buscar la posibilidad de hacerse un aborto clandestino, con los riesgos de infección y todo el cuento... Ahora la mujer de nivel alto, medio, igual soluciona el problema médicamente, disfrazando con cualquier otro diagnóstico. (Médico, Valparaíso).

Desde el punto de vista sociocultural se señalan cambios importantes en el comportamiento reproductivo de las personas y la mayor cobertura de la salud pública, especialmente respecto al manejo de información y acceso a los métodos anticonceptivos de parte de las mujeres, asociados al aumento de su escolaridad, a su mayor incorporación a la fuerza productiva y al descenso de la fecundidad, entre otros aspectos.

Lejos, hoy no tenemos esa realidad. Son pocas las que llegan por complicaciones por aborto clandestino, el acceso a métodos anticonceptivos, las coberturas son mejores que entonces, población más educada, las cabras de hoy no son las de antes... las de los barrios periféricos tienen todas cuarto medio. Es otro momento. (Médica, Santiago).

La disminución de los abortos hospitalizados se atribuye en gran parte al mejoramiento de las técnicas abortivas fuera de los hospitales y al descubrimiento del Misoprostol como inductor

del aborto. Este medicamento estaría ayudando a que el aborto sea un acto autónomo de las mujeres –pueden prescindir de la atención médica– y, a su vez, se trata de un método menos riesgoso para la salud de las mujeres.

Si bien el personal de salud reconoce los beneficios del fármaco, consideran inconveniente su comercio ilegal, por los riesgos a los que se exponen las mujeres en la búsqueda del medicamento y la poca posibilidad de control que tendría el sector salud sobre esta realidad. Por otro lado, el mejoramiento de las técnicas abortivas se expresa también en el mayor conocimiento e información que manejan quienes ejecutan los abortos clandestinos, en relación a la asepsia y a las medidas para evitar infección, como el uso de antibióticos.

Las mejores condiciones del aborto clandestino, que en este momento ni siquiera se necesita alguien que se haga cargo, porque puede entrar a Internet y saber dónde y cómo encontrar prostagladina sin tener dinero y tampoco es tan caro, y la prostagladina produce un aborto sin necesidad de ir a algún lado. Por último, si hay algún problema vas al hospital y los abortos que nosotros atendemos actualmente son muy pocos y la mayoría, muy poco complicados y hay buenos antibióticos también. (Médico, Valparaíso).

Qué pasa con estas 30.000 mujeres que llegan a los servicios públicos; no ha disminuido el número de abortos, las técnicas y los métodos son otros. Las mujeres saben cómo hacerlo, y la acción del Misoprostol la encuentro fantástica porque empieza el trabajo de aborto y lo hacen de maravilla, y que no hay que hacer intervención de nada y las mujeres quedan como tuna. (Matrona, Santiago).

Claro, con el nivel de expedición de esta gente que se dedica a hacer abortos afuera, lo hace precozmente, se toman medidas de asepsia, dejan antibióticos, algunas cosas para evitar los sangramientos, las complicaciones, en fin... y a veces existiendo un poco de complicación, estas niñas no van donde quien le hizo el aborto sino que van directamente al hospital. (Médico, Valparaíso).

Causales médicas de aborto: ausencia de respuestas sanitarias que favorezcan la vida y la salud de las mujeres

La situación actual de completa ilegalidad del aborto en todas sus formas, plantea la interrogante sobre cómo se resuelven actualmente aquellos casos en que la mujer tiene riesgo vital a causa de su embarazo, ya que si bien los avances en el campo de la medicina son innegables e importantes, las enfermedades concurrentes, los productos anormales e inviables de la concepción, entre otros, son problemas de salud materna que siempre estarán presentes.

En el caso de los abortos por causales médicas, el embarazo ectópico, el huevo roto o infectado, la mola hidatiforme, son ejemplos de situaciones en que la mujer gestante corre riesgo vital en caso de no intervenir a tiempo. Existe consenso en que sobre estas causas se debe intervenir en el momento, por lo que la interrupción de este tipo de embarazos se practica, aunque sin tomar en cuenta el parecer de la mujer por tratarse de una decisión médica. En términos estrictos, ésta sería una práctica ilegal pero se soslaya definiéndolo como un producto inviable de la concepción y no un embarazo normal, por lo tanto, lo que requiere es un procedimiento médico de urgencia que debe hacerse para evitar la muerte de la mujer.

Sí, pero hoy día te aseguro que los embarazos ectópicos que llegan a los servicios de urgencia, en todos los casos lo que se hace es proteger la vida de la madre, sin lugar a dudas. Nadie esperará que evolucione. (Médico, Santiago).

Igual que siempre, es un procedimiento médico, no importa lo que diga la ley, que tienen que venir a decir los jueces sobre medicina; se resuelven no más, nadie anda diciendo nada. (Médico, Valdivia).

El embarazo ectópico siempre se consideró como algo completamente aparte del aborto, porque es un huevo que no tiene viabilidad... Queda en un campo de ambigüedad... teóricamente pudiera ser considerado una interrupción de embarazo y por tanto prohibido por la ley. (Médico, Santiago).

...ahora le han cambiado el nombre para hacer aborto. El embarazo ectópico lo llaman un tratamiento para el embarazo, y nadie sabe nada, pero se sigue haciendo. (Médica, Santiago).

En todos estos casos, al no existir un marco regulatorio que proteja la labor médica, el tiempo se convierte en la variable clave, ya que el personal de salud se verá obligado o tentado a dilatar la resolución del problema a costa de la salud de la mujer. Hay referencias a situaciones en que la acción médica no es inmediata, sino que se espera que el cuadro de urgencia se agrave, tanto en el caso de embarazo ectópico (hemorragia, rotura de trompas) como de un huevo infectado. Esto ocurriría en el hospital de la Universidad Católica en Santiago y en Valparaíso.

Nos produce problemas... para estos casos... un huevo roto séptico como te decía, 13-14 semanas, se rompieron las membranas, se infectó y la guagua está viva y abí tenemos una mujer con un embarazo no viable, infectada y no podemos hacer nada porque la guagua está viva y sabemos que el riesgo para la madre es alto y no podemos hacer nada hasta que muera la guagua. (Médico, Valparaíso).

Se producen efectos tales en el marco de la legislación que hay que incluso en embarazos que son fuera del útero y que tienen una propensión de riesgo materno enorme, hayan equipos que todavía lo publican, o sea, que es más grave todavía, que ellos no hacen una extirpación, por ejemplo, del embarazo ectópico si encuentran un embrión... lo que es simplemente atentatorio contra la salud de la mujer que no tiene la culpa de haber caído en ese hospital en particular. (Médico, Valparaíso).

En relación a los casos en que la mujer embarazada tiene una enfermedad crónica como el cáncer, la insuficiencia renal, entre otras, antes del año 89, era posible realizar un aborto como parte del tratamiento de la enfermedad. Hoy se asume que existen tratamientos avanzados e instrumentos como protocolos claramente definidos para tratar estas enfermedades, lo que descartaría la necesidad de interrumpir el embarazo. En caso que el tratamiento requerido sea invasivo, se extiende al máximo el tiempo de gestación para asegurar viabilidad al feto y luego se hace el tratamiento correspondiente.

La medicina ha avanzado tanto, que tanto las cardiopatías como las enfermedades catastróficas, por así decirlo, son manejables con un embarazo... Entonces nunca una cardiópata, por ejemplo, se le va a someter a un pujo en una sala de parto, se planifica una cesárea y está todo el equipo, los cardiólogos, etc. Todo el mundo está

abí, monitorizando que esa madre no se descompense... Hay todo un esquema para la embarazada portadora de un cáncer, depende donde esté el cáncer, qué tipo, qué grado sea, hay todo un esquema de tratamiento. (Matrona, Valparaíso).

Según algunos/as entrevistados/as la prolongación del embarazo y con ello la postergación del tratamiento hasta que el feto esté en condiciones de sobrevivir fuera del vientre materno es una alternativa que se consulta con la mujer. La ilegalidad del aborto y la conformidad que la mujer tenga con su propio embarazo son factores que incidirán en la decisión que tome respecto a su continuidad. Los/as entrevistados/as relatan haber conocido casos de mujeres en que ellas decidían proseguir aún a riesgo de agravar su enfermedad.

...pero supongamos que el embarazo tiene 27 semanas, le dejamos la decisión a la madre en primer lugar y le decimos que aquí en este servicio le estamos ofreciendo expectativas de vida a las 26 semanas, entonces, cuando pensamos que la unidad de neonatología nos puede ofrecer expectativas de vida favorables para la guagua, le hacemos un tratamiento de maduración de modo que no vaya a tener el problema mayor que el síndrome de dificultades respiratorias porque es un niño bajo peso, prematuro, se le hace un tratamiento para prevenir ese problema y se interrumpe el embarazo y después de eso se le entrega a los oncólogos para que haga el tratamiento definitivo. Se le explica a la madre en qué consiste. (Médico, Valparaíso).

Hoy hay mujeres que toman la decisión de me voy a hacer tratamiento para el cáncer pero voy a tener mi hijo. (Matrona, Santiago).

La legitimidad del principio del doble efecto dentro de la ética médica habría permitido interrumpir embarazos en algunos casos, particularmente en casos de patologías reproductivas en que el tratamiento implica extirpar un órgano que participa en la gestación.

Incluso ahora, se puede ejecutar burlando un poco la ley o interpretándola de una manera distinta en el sentido de que uno hace un tratamiento y, por efecto del tratamiento, se murió la guagua y se sacó la pieza operatoria que, en este caso es el útero, si uno saca el útero, obviamente el embarazo pasa a pérdida y eso se puede hacer perfectamente, es decir, uno podría justificarlo y de hecho se ha justificado alguna vez. (Médico, Valparaíso).

Los fetos inviables o incompatibles con la vida, cuyo diagnóstico es que van a morir antes de nacer o inmediatamente cuando nazcan por problemas congénitos, son situaciones que se presentan con cierta frecuencia. La percepción es que antes del 73, cuando había sospecha fundada que se basaba en el conocimiento de los efectos de ciertas enfermedades como la rubéola, se intervenía en el marco del aborto terapéutico sin mayores problemas. Actualmente, se cuenta con la tecnología necesaria para obtener diagnósticos precoces y conocer la viabilidad del feto; sin embargo, este avance no sirve a la salud de las mujeres, ya que el embarazo debe continuar hasta que su producto muera naturalmente, aun cuando ello implique un proceso de gestación completo. El equipo de salud no puede hacer nada para intervenir.

...esas condiciones que son frecuentes, por lo demás, mucho más frecuentes que las patologías, quedan ahí, en una situación de desmedro absoluto y sin posibilidad de solución en un sistema legal... porque cualquier cosa que uno haga es ilegal y por

lo tanto tiene que someterse a esa situación de riesgo, tanto para el profesional que ejecuta una acción para resolver ese problema como para la mujer. (Médico, Valparaíso).

Tengo la sensación de que en el ámbito de aquellos embarazos que cursan sin riesgo de salud para la mujer, pero que tienen impacto emocional en términos de que tu hijo es inviable, allí no hay ninguna sensibilidad. Nadie se preocupa. Creo que cuando hay riesgo para la salud de las mujeres hay más intervención del equipo de salud. (Médica, Santiago).

Se advierte una cierta complacencia de parte de los/as entrevistados/as respecto a este tipo de situaciones donde las mujeres deben continuar el embarazo aún en conocimiento del mal diagnóstico con la justificación de una aparente opción de parte de ellas. Reforzando esta idea, las respuestas de salud que se implementan van por la vía de acompañar a las mujeres a vivir su proceso gestacional, ya sea, a través de consejerías, apoyo psicológico y evaluación médica periódica.

...también es legítimo que alguien tenga un embarazo con una anencefalia y decida por alguna razón esperar que se produzca el parto. (Médico, Santiago).

...lo de las malformaciones yo creo que muchas mujeres hoy día se hacen ecografías precoces en que se puede determinar si hay alguna malformación y tú a esas mujeres lo que se hace en este sistema público es la consejería para la gestación de ese niño. (Matrona, Valdivia).

En algunos hospitales como en el Hospital Van Buren de Valparaíso y el Sótero del Río, por iniciativas individuales de algunos/as médicos/as, se desarrolla un programa hospitalario dedicado a hacer un seguimiento médico del embarazo, para lo cual se constituyó el Comité de Anomalías Congénitas y eventualmente contar con un recurso profesional que apoye psicológicamente a la mujer. Este tipo de iniciativas no se han institucionalizado y se implementan de acuerdo a la disponibilidad de recursos de los hospitales.¹²⁰

Posicionamientos frente al aborto y al derecho a decidir de las mujeres

En relación al aborto

Las creencias, los marcos valóricos, las definiciones ideológicas de quienes trabajan en el ámbito del sistema de salud están siempre presentes en su práctica profesional. Estos posicionamientos pueden afectar el logro de objetivos sanitarios, la calidad de atención, pueden favorecer o no la generación de cambios que benefician la salud de la población.

El aborto es definido por la mayoría de los/as entrevistados/as en términos técnicos, apegándose a la definición convencional que entrega una de las máximas autoridades sanitarias como es la OMS, luego algunos/as expresan su posicionamiento incorporando los conceptos de

120 Entrevista informal con el Dr. Rolando Márquez, Director del Comité de Anomalías Congénitas del Hospital Van Buren.

vida humana y persona. Respecto al aborto terapéutico se genera una discusión acerca del significado del término terapéutico con referencia muchas veces a cómo fue interpretado cuando éste estaba vigente en el Código Sanitario. El rol del personal médico y de salud es otro de los temas en torno al cual se entregan elementos que delimitan su acción y decisión en el ámbito de la salud reproductiva de las mujeres. Por último, el lugar de relevancia que el sector salud asigna a las mujeres y a su decisión es un elemento central a considerar en el análisis estratégico que el movimiento de mujeres y feminista debe realizar en relación al sector salud.

La definición de aborto a la que adscriben la mayor parte de los/as entrevistados/as no es marcada por posturas ideológicas, más bien, priorizan criterios científicos y técnicos. Algunos/as hacen referencia a lo que implica el aborto, como término o interrupción de un proceso gestacional, término de una vida como proceso biológico, entre otros.

Tenemos que partir de que el aborto es una muerte, no importa el concepto, pero es el término de un proceso biológico de vida. (Médico, Santiago).

Abortar es salir de, es como la palabra de, yo diría o sacar algo más que salir antes, de repente uno dice salir antes por espontáneo y sacar antes es porque alguien interviene antes del tiempo de término. (Matrona, Valdivia).

Nosotros tenemos la definición científica que es la interrupción de embarazo antes de que éste alcance la viabilidad, 20 semanas como se define ahora, según la OMS. (Médica, Valparaíso).

La viabilidad fetal, es decir, la posibilidad que el feto sobreviva fuera del cuerpo materno es un parámetro ampliamente aceptado para definir lo que es un aborto. En este sentido, la mayoría de los/as entrevistados/as se adhiere al límite definido por la OMS, que ubica como tiempo mínimo las 20 semanas de gestación. Los rangos de esta definición van desde las 20 a las 25 semanas, dependiendo en gran medida de los recursos con los que cuente el servicio hospitalario y de los avances de la medicina, particularmente de la neonatología. Por otro lado, se hace la distinción por tipo de abortos, si es legal, si es inducido o provocado, o si es espontáneo. El aborto legal según algunos/as podría corresponder al aborto terapéutico, ya que es lo más cercano a ello que ha tenido Chile. El elemento central de estas distinciones es quién toma la decisión: el personal médico o la mujer por sí sola.

Aborto es la interrupción del embarazo antes que el feto esté maduro para nacer; ya sea por forma espontánea o inducida. (Médico, Santiago).

...el término aborto tiene que ver con la edad gestacional. Me acuerdo que en esa época se hablaba que era aborto cualquier pérdida fetal con menos de 1.000 gramos y con menos de 25 semanas. Hoy día, ese concepto también ha cambiado porque producto de los avances de la medicina, sobreviven muchos niños con pesos inferiores a mil gramos, de tal manera que el rango de peso del que se habla hoy día cuando se habla de aborto es del orden de los 500 gramos y de las 24 semanas. (Médico, Santiago).

El aborto es un desprendimiento del saco embrionario en malas condiciones, lo que hay que saber es si esas condiciones fueron espontáneas o fueron inducidas o provocadas. (Matrona, Valdivia).

En relación al aborto terapéutico, la definición más convencional es aquella en que el concepto clave para definirlo es el de riesgo vital de la mujer y las situaciones que responden a esta definición son muy reducidas actualmente en comparación con dos décadas atrás. El riesgo vital se entiende como la situación en que, de no intervenir médicamente en el menor plazo posible (horas), la mujer muere. En su sentido más restringido, los cuadros médicos que se consideran son sólo aquellos en que el proceso mismo del embarazo es patológico y afecta gravemente la posibilidad de vivir a la mujer; sin embargo, hay otras acepciones que incluyen enfermedades concurrentes. La condición de terapéutico así como la declaración de riesgo vital correspondería a situaciones en que la indicación para evitar la muerte de la gestante es estrictamente médica y, por lo tanto, la decisión de la mujer no reviste importancia.

La interrupción del embarazo realizada a cielo abierto sin ocultamiento en instituciones del hospital de aquellos embarazos en que el embarazo implica un riesgo vital profundo, no es por causa fetal... Que se muera, ese es un riesgo vital porque el estado de embarazo o parto puerperio, implica un riesgo aún en la más normal. (Médico, Valdivia).

Aquel indicado médicamente por razones de tipo sanitaria, cuando había un factor biológico que pusiera en riesgo la vida de la madre, estaba bien definido. (Matrona, Valparaíso).

Como la extracción del producto de la concepción del cuerpo de una madre, cuando ésta corre peligro de muerte y en este momento el único caso es el embarazo tubario o ectópico, no hay ninguna duda de que hay que hacerlo. (Matrona, Valparaíso).

El aborto terapéutico está definido médicamente, se habla de la interrupción del embarazo en caso de un riesgo vital que en este caso es la madre. (Matrona, Valdivia).

Al indagar acerca de la viabilidad de la reposición del aborto terapéutico en nuestro país, se levanta una discusión en torno al concepto de lo terapéutico en la que se expresan desde posiciones que defienden la exclusividad médica de la definición bajo un enfoque biomédico, hasta otras que postulan que el aborto es terapéutico en toda circunstancia en que se realiza para evitar un daño mayor a la salud física y mental de la mujer, así como para evitar recrudecer las condiciones de vulnerabilidad social de la mujer. La gama de definiciones del concepto terapéutico se plasma finalmente en posturas más o menos favorables en torno a una eventual reposición del aborto terapéutico.

Entre los argumentos de quienes se oponen a la reposición del aborto terapéutico aparece como dificultad la amplitud de significados de lo terapéutico y por lo tanto no sería un término conveniente para la práctica médica porque excede su campo de acción. La flexibilidad con que se aplicó la norma antes del 89 confirmaría esta suposición, ya que en opinión de algunos/as de los/as entrevistados/as algunas experiencias habrían sobrepasado las atribuciones médicas. El aborto terapéutico no limitado a las indicaciones médicas podría prestarse para una práctica que se extiende de manera irresponsable a todo tipo de situaciones.

En lo que estoy en desacuerdo es que no le pidan al área médica que se defina sobre lo terapéutico, porque lo terapéutico es más amplio de lo que es la causa médica. (Médico, Santiago).

Además el concepto de salud es tan amplio y tan ambiguo, va a llegar un momento en que por cualquier cosa X, la mujer “me compromete la salud el embarazo, entonces yo voy a pedir el aborto” y se le va a hacer un aborto, no. Para el concepto del aborto terapéutico entre comillas, hay dos vertientes, si es por curar a la madre en el sentido de salvarle la vida, sí, pero son muy pocas las circunstancias. (Médico, Valparaíso).

...basta donde abres la puerta a una cosa que no sea a destajo, y donde está el límite de lo humano, de la vida, por los derechos de las personas. Moverse en ese espectro es complicado, encuentro que es bien complicado, habiendo a lo mejor situaciones que ameritan el aborto y legalizarlo, pero también que no se expanda como un libro abierto. (Matrona, Santiago).

...pero momento siempre que no se preste como una hipocresía de que con el carácter del aborto terapéutico se vaya hacia el embarazo no deseado y ahí hay que sacarse la máscara y decir el aborto es ilegal o no ilegal en este país. (Médico, Valdivia).

Otro de los argumentos contrarios a una ley sobre aborto terapéutico es la poca relevancia epidemiológica de los problemas de salud materna. Esta visión se apoya en el análisis del contexto de salud actual, caracterizado por un mayor desarrollo de los tratamientos, de diagnósticos más certeros y precoces gracias a los avances científicos y tecnológicos que han tenido lugar en el ámbito de la medicina, lo que incidiría en que las situaciones de riesgo vital serían cada vez menos. Junto con ello, las bajas tasas de mortalidad materna y la disminución de las complicaciones por aborto provocado configuran un cuadro que, según la opinión de un sector de la salud, no ameritaría la reposición del aborto terapéutico.

El concepto del aborto terapéutico es muy cuestionado porque como definición es aquel que se produce pensando en que el feto es el que produce el daño a la madre y eso, en medicina, en este momento, no ocurre. Porque son muy pocas las enfermedades en este momento, la medicina en ese sentido ha avanzado tanto. (Médico, Valparaíso).

Cuando hablo confusamente de aborto terapéutico y legalización es una confusión que va a entrar en la discusión y se pierde el concepto primero que es la discusión del aborto de causa médica. (Médico, Santiago).

...se refería en caso del código sanitario a que algunas condiciones fundamentalmente maternas, de enfermedades graves que ponen en peligro la vida –como son las enfermedades renales crónicas, algunas enfermedades pulmonares, las cardiopatías severas–, donde el embarazo es una causa de descompensación que puede ser fatal. Eso yo diría que ha ido cambiando desde hace algún tiempo, porque muchas patologías se manejan hoy día, la tecnología ha avanzado, muchas insuficiencias renales pueden ser incluso sometidas a trasplante durante el embarazo. (Médico, Santiago).

Según la percepción de varios/as entrevistados/as, la existencia anterior del aborto terapéutico como práctica legal habría generado aceptación entre los/as profesionales de la salud, siendo difícil actualmente encontrar posturas intransigentes en torno a la posibilidad de reponerlo. Asimismo, su inexistencia actual es vista por algunos/as como una señal de retraso en términos sanitarios y de desfase con el nivel de desarrollo que nuestro país demuestra en otras áreas en comparación con otros países.

La cultura del aborto terapéutico sigue existiendo, gente de cualquier ámbito social, existe la tendencia a creer que el aborto terapéutico por causas médicas existe... a nivel médico es mucho mayor, o sea, tú le preguntas a cualquier médico, dudo que algún médico esté en contra del aborto terapéutico, del aborto terapéutico como tal no del maquillado... pero yo creo que a un médico lo pones entre la espada y la pared, usted como médico está de acuerdo con el aborto terapéutico en tales, tales y tales situaciones que conlleven daño a la paciente, al hijo, sin meterte en los maquillajes, te va a decir que sí. (Médico, Valparaíso).

Tengo la convicción en el sector salud, incluso en los sectores más reaccionarios, más retrógrados del sector salud, como ya hubo ley de aborto terapéutico, no miran mal desde los clínicos, desde la gente de las maternidades, las posibilidades de reponer una alternativa como esa. (Médica, Santiago).

En relación al aborto terapéutico... es fuera del sentido común quitar una indicación que se puede dar en cualquier momento, a cualquier mujer y tú tienes que tenerlo como recurso médico, o sea, no tenerlo es como primitivo, absolutamente primitivo, y creo que hay un sólo país aparte de nosotros que no tiene aborto terapéutico. (Médica, Valparaíso).

En relación a qué tipo de legislación sobre aborto consideran más adecuada, la postura más extendida es el aborto legal por causales médicas. La discusión sobre si utilizar o no el término terapéutico queda relegada a segundo plano, porque lo central sería la decisión acerca de qué patologías y problemas de salud incluir y, por lo tanto, se desarrollaría en los círculos médicos. Con distintos matices, hay consenso en que aquellas situaciones que conllevan riesgo vital para la gestante deberían incluirse, aunque sean éstas una mínima expresión de las causales de aborto.

Lo que no acepto es el aborto por razones que no sean médicas o psiquiátricas. (Médico, Valparaíso).

El aborto de causa médica es un problema técnico, es un derecho de la mujer, de la persona, pero que tiene que ser aplicada por un área que tiene que definir claramente lo que eso significa. (Médico, Santiago).

...pensemos en un feto con riesgo vital, con malformaciones y todo, y que eso te lleva a que va a poner en riesgo a la embarazada... ese nexo haría yo, no lo haría tan abierto desde mi postura personal, ni siquiera de matrona. (Matrona, Santiago).

Yo creo que en todas las cosas tienen que haber excepciones, y pensando justamente en esto que tú me planteabas esto del embarazo ectópico, donde no hay otra opción, la trompa no va a dar más y se va a romper, tal vez pudiera legalizarse como diagnóstico bien preciso. (Matrona, Santiago).

...enfermedades que pongan en riesgo la vida de la madre, a consecuencia del feto, no, yo creo que ahí no debería haber... pero cuando nos vemos enfrentados a este otro tipo de problema, de aborto terapéutico indirecto, huevo roto, malformación, cáncer, sí, ahí necesitamos que nos ampare la ley. (Médico, Valparaíso).

En el marco del aborto por causales médicas se identifican algunos matices. El principio del doble efecto es relativamente aceptado en la ética médica, especialmente en relación a patologías concurrentes instaladas en el aparato reproductor y que por lo tanto el tratamiento es la extracción del útero o de algún otro órgano que participa en la gestación, es el caso del cáncer cérvico uterino por ejemplo. El producto indirecto es el aborto pero el objetivo es ejecutar el tratamiento necesario para salvar a la mujer. En otro plano, algunos/as consideran justificables las situaciones de inviabilidad fetal por el sufrimiento al que se expone a las mujeres que deben continuar el embarazo conociendo el desenlace fatal, reconociendo al mismo tiempo que la disyuntiva ética en estos casos es más fuerte. Por último, siempre desde la perspectiva de causales médicas, algunos/as incluirían en una eventual legislación aquellos casos en que la futura madre tiene una enfermedad psiquiátrica que la invalida para asumir la maternidad.

Para estos casos sí, para los de aborto terapéutico sí... un buevo roto, un niño malformado, etc... Sí, claro, porque es ético el principio del doble efecto es ético, está contemplado dentro de la ética en general y dentro de la ética del estamento médico. (Médico, Valparaíso).

Yo creo que el dolor que se le produce a la persona prolongando un embarazo que no va a tener ninguna posibilidad de vida comprobada, creo que no tiene sentido para la mujer. Es producirle dolor. Hemos tenido casos acá y han sido super dramáticos. (Médico, Santiago).

Hay algunos que son inviables... puede ser una de las causales pero es una decisión, pasa por una decisión personal, pasa por la decisión de la madre, pero que quede dentro de las cláusulas probables de legales por así decirlo. (Matrona, Valdivia).

Junto con la condición de una ley de aborto limitada a causales médicas, se mencionan algunos requisitos y mecanismos que tendría que tener esta ley haciéndola aún más restrictiva, tales como que no debe ser evento reincidente en la vida reproductiva de las mujeres, que debería respetar la objeción de conciencia del profesional de salud, que decida un equipo multidisciplinario, actualizar las causales médicas que ameritan un aborto, entre otras.

Yo creo que si se reinstaurara el aborto terapéutico o se instaurara en Chile el aborto legal tal como ha sido con la píldora anticonceptiva, debe respetarse también la conciencia del profesional de salud. (Médico, Valdivia).

Las médicas son casi las mismas, variarán dos o tres pero yo pondría razones biopsicosociales... tienen que estar acreditadas por el médico que es el profesional que la atiende... propondría a la matrona y a la asistente social como profesionales de referencia para decidir... consensuado, primero con la mujer, la matrona o matrn, la o el asistente social y hasta podría intentar colocar psicóloga. Un equipo multidisciplinario que la evalúe objetivamente, lo más temprano posible al hecho de saber que hay un embarazo. (Matrona, Valparaíso).

Yo creo que hay que hacer una actualización de que causas médicas justifican un aborto terapéutico... las tecnologías de diagnóstico de malformaciones, de manejo de ciertas patologías de la mujer han cambiado y hay que actualizarlas y ponerlas en la perspectiva de hoy. En segundo lugar, pienso que en la mayor parte de los países, el

aborto se acepta dentro del primer trimestre. En el nivel médico hay un cierto rechazo al aborto tardío. (Médico, Santiago).

Posiciones que reflejen mayor apertura acerca de una legislación de aborto son absolutamente minoritarias. Estas propuestas recogen elementos psicosociales y hacen presentes las consecuencias de la inequidad social para plantear que el aborto debe ser accesible para las mujeres que viven un embarazo producto de violencia sexual y para aquellas que tienen una situación socioeconómica incompatible con el otorgar una buena calidad de vida a sus hijos/as. Así, también encontramos posturas que legitiman el aborto como un derecho de las mujeres.

Si me preguntas mi opción, debiera considerar la salud en su más amplio ámbito, física y mental... soy partidaria que en este país se legisle sobre aborto en general. Una parte será el aborto llamado terapéutico y otro ámbito será el aborto por decisión de la mujer. (Médica, Santiago).

Para mí el aborto terapéutico, si la gestación implica un riesgo para la vida de la mujer y no solamente, también en el caso de una violación, yo creo que se justificaría. (Matrona, Valdivia).

Voy por legalizar el aborto definitivamente, como un derecho de la mujer y la pareja. (Matrona, Valparaíso).

Pero es más que salvar la vida de la madre, también con el aborto terapéutico es preocuparse de la salud de la madre, del niño, ¿en qué condiciones va a nacer? (Médica, Santiago).

Los/as profesionales del área obstétrica priorizan, antes de posicionarse en relación a una propuesta legislativa de aborto, por medidas en el ámbito de la prevención y la promoción de la salud. En este sentido, con frecuencia los/as entrevistados/as se refieren a la necesidad de mejorar las políticas de planificación familiar actuales, desarrollar una efectiva educación sexual, entre otras medidas, tendientes a abordar el embarazo no deseado y el aborto como una de sus consecuencias. Por otro lado, plantean que es un deber irrenunciable del Estado asegurar acceso a políticas de regulación de la fertilidad a toda la población que aborden el problema de manera integral.

...tiene que haber una política al respecto, y política significa cuáles van a ser las medidas de prevención, cuáles acciones al momento de la consulta de una mujer respecto de una situación de aborto y el abordaje de intervención, si corresponde, de un equipo de salud para una atención... Si eso existe yo diría que estaríamos hablando de un abordaje real del problema, ahora en el área de primario hay que avanzar, posicionar nuevamente el tema de la educación sexual desde el nivel parvulario en adelante... Eso sería vital para nosotros como es también la información oportuna y servicios accesibles y métodos de anticoncepción a todo nivel, seguir con estas campañas yo creo, masificarla. (Matrona, Valdivia).

Si el Estado me dice a mí a través de la ley que no va a hacer aborto y el Estado no le ofrece nada a cambio, arréglese por su cuenta... porque lo lógico sería bueno si usted me dice que no aborto y usted qué me ofrece... El Estado tiene que ofrecerle a la gente la posibilidad de planificación familiar, porque es un problema de salud y también consiste en prevenir los problemas, fundamental la prevención... entonces el Estado

tiene que poner todas las cartas sobre la mesa y la persona elige, si usted es católica, anglicana, agnóstica, no importa, pero el Estado tiene que ofrecerle a todo el mundo... (Médico, Valparaíso).

Los límites de la acción médica en relación al aborto

Si bien la postura mayoritaria de los/as entrevistados/as es que se debe regular legalmente la práctica del aborto de acuerdo a parámetros médicos y hay otras voces que consideran necesario legislar en términos amplios, el sector salud en general se posiciona en relación al aborto desde fuera de la civilidad, reduciendo su actoría a un rol técnico. Apelan a la responsabilidad que le cabría a la ciudadanía en general, a los movimientos sociales, entre otros sectores, en la generación de un contexto social y político favorable a una ley de aborto, en tanto a ellos como sector les correspondería apoyar con evidencias científicas. Esta desvinculación de la lucha por el aborto encuentra su sentido en que la motivación principal de legislar se ubica en el mejoramiento de la práctica médica, considerando que el actual contexto impide el buen desenvolvimiento del personal de salud.

...porque los derechos de las personas y los derechos de la población civil los tienen que exigir los civiles, porque en el momento en que los profesionales se ponen a tocar el tema y de hecho existe la ley, la gente no quiere discutir temas que son sensitivos porque los van a identificar como aborteros... tiene que venir de fuera, de la civilidad. Los médicos podemos colaborar en el tema... cuando uno da una información desde la perspectiva científica, donde se muestra con evidencia, está dando un suficiente aporte para que la sociedad civil diga, bueno estoy informado de mis derechos, entonces voy a actuar. (Médico, Santiago).

En este punto el área de los médicos y específicamente los especialistas en obstetricia y ginecología están en la más absoluta indefensión frente a este tema porque la ley como está escrita la hace incompatible con las normas técnicas de aplicación del sentido común y del conocimiento básico en el ejercicio de una medicina de buena calidad. (Médico, Santiago).

Lo anterior es coherente con la forma como se plantean su rol, donde juzgar o supeditar la acción médica a los valores personales no sería parte de los roles que corresponden al/la prestador/a de salud. Así estiman muchos/as de los/as entrevistados/as que consideran central el deber de atender a la persona que lo necesita y de hacerlo en las mejores condiciones de las que se disponen. Lo mismo se aplica a la denuncia que les impone la ley, hay cierto consenso en considerar que no le corresponde al personal de salud, ya sea porque simplemente excede sus atribuciones profesionales o porque consideran injusta la medida y, en general, descansan en la negativa y el silencio de la mujer que casi nunca admite que se provocó el aborto. Sin embargo, se denuncia cuando la mujer llega en muy malas condiciones o cuando el médico a cargo tiene una postura ideológica que apoya el castigo a las mujeres.

...uno cumple un poquito el rol de jueces y no es nuestro rol, nosotros solidarizamos con la paciente y nuestro propósito es que se recupere lo antes posible y se vaya bien para la casa. (Médico, Valdivia).

...yo creo que cada persona es dueña de sus actos y no soy yo quién para meterme en la vida de otras personas. Mi labor como matrona es ayudar, no denunciar. (Matrona, Valparaíso).

Pero si estamos pensando en que somos personas que tenemos que dar atención en salud, no nos corresponde denunciar. (Matrona, Santiago).

...nadie denuncia a menos que exista riesgo de muerte inminente y que por lo tanto eso implica una investigación. Es insalvable el hecho de que te vayan a condenar el personal en circunstancias que una persona murió por un aborto. (Médica, Santiago).

...si la señora no nos cuenta no nos cabe decidir si es provocado o no y tampoco queremos hacer mucho énfasis en este asunto, esa es la realidad. (Médico, Valdivia).

La tendencia en el posicionamiento del sector salud en relación a legislar en torno al aborto, particularmente de los/as profesionales dedicados a la salud reproductiva, se comprende al revisar algunos elementos principalmente de orden sociocultural y político sanitario. En este último plano, se identifican al menos tres elementos históricos: una larga y arraigada tradición de salud de carácter biomédica; las políticas de planificación familiar que tuvieron un desarrollo destacado en Chile en las cuales las mujeres ha sido objetos pasivos, y la formación académica de ginecoobstetras y matronas de orientación predominantemente conservadora en estos temas. A esto se agregan los efectos de 17 años de imposición ideológica durante la dictadura que satanizó el aborto.

El resultado actual es contrario a lo que se pudiera esperar de cinco décadas de práctica legal del aborto terapéutico porque hoy el sector salud se muestra más reticente que antes a apoyar un proceso de cambio a nivel legislativo que regule la práctica del aborto en general y no sólo el definido médicamente, estará mucho más atento a las causales, cuidando que sean estrictamente médicas o lo más precisas posibles para que no dé lugar al aborto como un derecho en salud de las mujeres.

...yo creo que el impacto de la derogación de la ley del aborto terapéutico es poner un muro de contención al aborto en general y dar el más grande terror... El fin del aborto terapéutico puso un sello de absoluta prohibición al aborto en Chile y médicos, matronas y enfermeras que estaban en una situación de "yo lo haría" en casos difíciles ya no se atreven... Esta ley contra el aborto terapéutico pone una cortapisa con el aborto en general. (Médica, Santiago).

...obviamente se dio un cambio en las prácticas, una satanización de todo lo que era más allá del aborto, el control sobre tu reproducción que fue generando un terreno propicio para que las reacciones cuando en el 89 se legisló entre comillas, para que no hubiera una oposición masiva... Diría que fundamentalmente esto ha impactado en el terreno de lo simbólico y de la libertad, de un estancamiento... Lo único que tenemos claro es la involución en el plano ideológico producto del impacto simbólico de todos los discursos que se han ido instalando. (Médica, Santiago).

El lugar de las mujeres en la medicina y del derecho a decidir

Las acciones de salud en el plano de la salud sexual y reproductiva continuaron la visión

histórica que desde la medicina se ha tenido de las mujeres, donde se las integra al circuito de salud en su calidad de madres y de facilitadoras de la salud del resto del grupo familiar y comunitario. La mujer importa en su calidad de madre. El lugar de las mujeres en la medicina y de sus cuerpos queda retratado en la relación despersonalizada que el médico establecía con sus pacientes mujeres, tal como lo relata una de nuestras entrevistadas. Hoy, esta expresión del enfoque biomédico sigue predominando.

Por desgracia nuestros médicos tienen una concepción estrecha y pobre de lo que es una mujer, en el sentido de que trabajan entre la cintura y la rodilla, jamás un médico va a preguntar a la mujer “qué siente”, no, “cómo estamos” y ven entre la cintura y la rodilla, no ve nada más, entonces difícilmente podrían tener otros tópicos de evaluación para eso o para otro tipo de cosas, nuestros obstetras ginecólogos son así. (Matrona, Valparaíso).

La maternidad como rol social y natural de las mujeres está al centro del discurso y la práctica médica. Frente a un embarazo no deseado o riesgoso la primera idea que se impone es la conformidad de la mujer aun a costa de causar daños severos en su salud, irreparables en su salud mental y en su vida y de perderla en última instancia. Esta concepción se manifiesta en las reflexiones de los/as profesionales de la salud acerca de las soluciones posibles frente a la realidad del aborto, pues se exige a las mujeres inmolación y sacrificio para evitar el aborto y, en otro sentido, se cree firmemente que el dolor emocional de las mujeres que abortan es muchas veces superior al que pueda generarse en su salud física o en su proyecto de vida.

...y esa pobre niña tuvo que congelar el año, estuvo con asesoría tanto tiempo y después queda con el drama, la guagua nace, nace vida, verla, ver las circunstancias del parto, que su niño malformado, que muere, que hay que sepultarlo, esa mujer queda marcada y la única forma que lo supere es embarazándose de nuevo y teniendo un niño normal. (Médico, Valparaíso).

Depende de qué tipo de aborto sea, en la parte física, el aborto pasa y listo y se van, pero en la parte psicológica, en la intersubjetividad de la mujer, siempre queda la impronta de haberse provocado un aborto, siempre. (Matrona, Valparaíso).

El lugar de las mujeres como sujetos de derecho en la medicina y en la salud pública ha sido tradicionalmente relegado a segundo o tercer plano. Esta afirmación se manifiesta claramente en la mínima importancia que el personal de salud le asigna a la decisión de las mujeres respecto al aborto, cautelando siempre que ésta sea tutelada y poniendo en la misma balanza sus derechos con los del feto. La misma discusión sobre el concepto terapéutico se construye sobre el cuestionamiento de la capacidad moral de las mujeres para decidir en estas materias, por lo que deberían hacerlo con el apoyo necesario para asegurar una decisión responsable. Esta idea se desprende de uno de los argumentos contrarios al aborto terapéutico, que alude a un supuesto uso desmedido de la norma en sus tiempos de vigencia y que sucedería lo mismo si una eventual regulación no fuera claramente delimitada. Se levantan algunas voces minoritarias, especialmente de matronas, que creen en el derecho de las mujeres, pero no tienen mayor incidencia en la práctica de salud.

...ahora en esta sociedad donde se plantean mucho los derechos de las personas, si uno se empapa de los derechos deberíamos respetar su decisión. Pero nos cruzamos

con la otra parte que son los derechos del niño, y tendría que haber una cosa una muy específica de diagnóstico, de posibilidades, porque está también el resguardo de la vivencia de los niños desde su gestación. (Matrona, Santiago).

Tiene que tener un apoyo profesional, un apoyo psiquiátrico o de salud mental, ya sea que se lo dé un psicólogo, una orientadora, una asistente social, un padre para quienes sean de una iglesia, pero tienes que tener apoyo, yo creo que es fundamental que la decisión, por último, la tome la mujer pero que sea con apoyo. (Médico, Valparaíso).

... yo creo que es para que las mujeres quisieran poner en esta clasificación a lo mejor otro tipo de abortos, sería meter ahí los fetos inviables, sería meterlos en esta clasificación, a la hora que hablen el tema, entrarían todos ahí. (Matrona, Valparaíso).

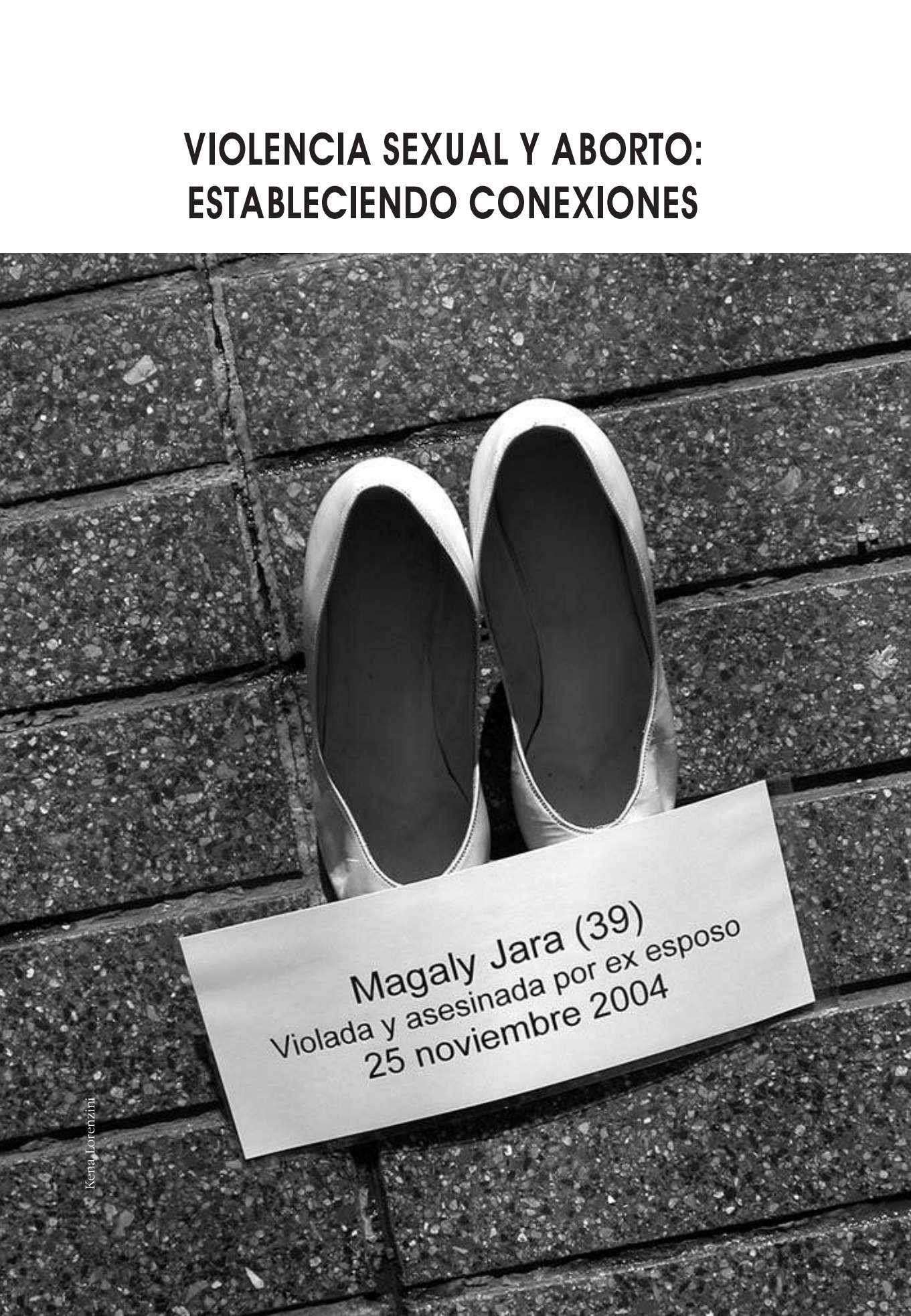
Creo que tienen que haber límites, porque si no también leía y salía, por ejemplo, que en Cuba está legalizado el aborto, entonces eran mujeres que hacían un tour para ir a Cuba para interrumpirse el embarazo. (Matrona, Valdivia).

No creo que la mujer sea capaz de tomar la decisión... porque es muy fácil tomar la decisión de un aborto por causales banales... porque no querían perder la línea. (Médico, Valparaíso).

La mayoría de las mujeres, que somos medianamente normales, debieran decidir sobre sus cuerpos, si son "sus" cuerpos, son sus vidas. (Matrona, Valparaíso).

...y aún así ella determina interrumpir ese embarazo por los factores que sean, debería de ser no más, pasa por la decisión, el aborto no pasa por la decisión de los profesionales de la salud. (Matrona, Valdivia).

VIOLENCIA SEXUAL Y ABORTO: ESTABLECIENDO CONEXIONES



Magaly Jara (39)
Violada y asesinada por ex esposo
25 noviembre 2004

La violencia sexual es, desde la infancia, una constante en la vida de las mujeres. Las niñas son abusadas, invadidos sus cuerpos por padres, tíos, conviviente de la madre, conocidos de la familia y desconocidos, en relaciones donde el abuso de poder es evidente.¹²¹ La situación no es distinta para las jóvenes y las adultas: En la mayoría de los 62 femicidios ocurridos en 2007, el agresor era pareja o ex pareja de la víctima y los antecedentes muestran que estos asesinatos fueron la culminación de historias de maltrato y abuso. Es por tanto plausible sostener que la agresión sexual formó parte de las experiencias de violencia que sufrieron estas mujeres. De hecho, en 10 de ellos, los informes periciales establecen que las mujeres fueron violadas antes de ser asesinadas.

La violencia contra las mujeres, como violencia específica que las afecta en tanto género, no termina de ser reconocida en Chile. El movimiento de mujeres y feminista, desde los años ochenta, ha denunciado su ocurrencia en todos los ámbitos de la vida de las mujeres, y visibiliza la relación entre sus distintas manifestaciones. Al Estado se le exige desde entonces respuestas de magnitud y contundencia acordes con esta grave violación de los derechos de las humanas. Luego de veinte años, la legislación y las políticas públicas aún manejan enfoques limitados de la violencia contra las mujeres y, en consecuencia, la atienden parcial y fragmentadamente. Tal como señala la Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual, “enfrentar integralmente el problema exige destinar recursos materiales y humanos tanto para la prevención, atención, protección y reparación de las afectadas, como para el desarrollo de políticas de empleo, vivienda, educación, salud y de intervención cultural que apunten a la modificación de imágenes estereotipadas y a la afirmación positiva de las mujeres”.¹²²

La legislación sólo reconoce y sanciona algunas de las manifestaciones de violencia contra las mujeres, sin establecer conexiones entre ellas. La Ley 20.066 sobre violencia intrafamiliar se aboca exclusivamente a aquella que se produce en el contexto de las relaciones íntimas de las mujeres, de las cuales excluye, sin embargo, el pololeo y otras de carácter similar. Esta legislación subsana algunas de las graves falencias que tenía la ley anterior: reconoce el delito de maltrato habitual y obliga a la justicia, con el sólo mérito de la denuncia, a otorgar medidas de protección en situaciones de riesgo inminente de nuevos hechos violentos.¹²³ Sin embargo, subsisten graves deficiencias en su aplicación, entre ellas, la “precalificación” del maltrato habitual por parte de los Tribunales de Familia antes de pasar a conocimiento del Ministerio Público, condición ésta que impide la denuncia directa de las mujeres y constituye un obstáculo al acceso a la justicia.

En materia penal, como resultado de la reforma a la ley de delitos sexuales implementada en los años noventa, se ampliaron los actos constitutivos de violación, se derogó la extinción de responsabilidad que liberaba al violador si se casaba con la víctima, se eliminó el lenguaje alusivo a la “honestidad sexual” y tipos penales relativos a esta condición, y se tipificó la violación en el matrimonio. Sin embargo, se mantuvo en la definición de violación el concepto de “acceso carnal”, con lo cual otras formas de invasión sexual al cuerpo de las mujeres –dedos u objetos– no califican en este tipo penal y tienen una pena menor. Respecto de la violación en el matrimonio, la ley dispone que el juez no dé curso al procedimiento o dicte sobreseimiento definitivo si no ha habido fuerza o intimidación; dado el grado de naturalización de la violencia sexual en las relaciones de pareja, el juzgamiento de este delito en estas condiciones resulta prácticamente imposible.

121 Red chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual, Dossier de Prensa de la Campaña ¡CUIDADO, EL MACHISMO MATA!, 2007.

122 Red chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual, “Guía de recursos para la acción: servicios para la atención de la violencia contra las mujeres”. Santiago 2006, 12.

123 La primera ley sobre violencia intrafamiliar –Ley 19.325 de 1994– consideró la violencia en las familias como una simple falta y, en su aplicación, facilitó la conciliación como resolución de los conflictos y favoreció la impunidad.

En la política pública, la atención a la violencia sexual se ha centrado en aquella que afecta a niños y niñas. Los programas se implementan a través del Servicio Nacional de Menores SENAME y del CAVAS, y de los Centros de Salud Mental y Familiar COSAM del Ministerio de Salud. La cobertura, sin embargo, resulta insuficiente frente a la demanda, y los modelos de atención han incorporado precariamente consideraciones de género.¹²⁴ Para las jóvenes y adultas la oferta de atención se concentra en los Centros de la Mujer de SERNAM, en las Salas de Primera Acogida para Atención de Víctimas de Violencia Sexual que funcionan en varios hospitales del país, y en apoyo psicológico en los COSAM. El Observatorio de Equidad de Género en Salud reporta que el tratamiento reparatorio continúa siendo un tema pendiente, dado que la mayoría de las instituciones trabaja con modalidades de intervención breve.¹²⁵

En la investigación interesó poner una mirada feminista a la atención que reciben las mujeres que viven violencia sexual en los servicios públicos –particularmente la que brindan los Centros de la Mujer de SERNAM y las Salas de Primera Acogida– y revisar, en este contexto, la preocupación funcionaria por la relación entre la violación y el embarazo no deseado, y su vinculación con el aborto. Los hallazgos, que a continuación se exponen, están estructurados buscando dar luces sobre la ruta que deben hacer las mujeres para recibir atención. Desde esta perspectiva se organiza y revisa críticamente la información y percepciones del personal entrevistado en ambas instituciones. También se incluyeron consideraciones sobre violencia sexual y aborto que surgieron en las entrevistas al personal de salud realizado en las tres ciudades respecto de aborto terapéutico.

En el capítulo se presentan en primer lugar los datos sobre violencia sexual pesquisados en las fuentes disponibles en el país. Luego, se describen los modelos de atención en los Centros de SERNAM y en las Salas de Primera Acogida, y posteriormente se exponen los resultados respecto de la violencia sexual, el embarazo no deseado y el aborto que se desprenden de las entrevistas realizadas.

La violencia sexual contra las mujeres es invisible

Chile carece de estadísticas e investigaciones sobre la violencia sexual, su frecuencia y sus consecuencias en la vida de las mujeres. Los datos que a continuación se exponen, en su mayoría de los años 90 y comienzos de 2000, se reiteran hasta el cansancio en la gran parte de las fuentes consultadas.¹²⁶ Estos dan cuenta en forma parcial de las agresiones sexuales que son conocidas por alguna entidad del Estado y que, claramente, sólo reflejan un escaso porcentaje de la realidad de violencia sexual que afecta a las mujeres en todos los momentos de sus vidas.

124 Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual, “Guía de recursos...”, 17.

125 Observatorio de Equidad de Género en Salud, “Respuestas efectivas en violencia de género: materias pendientes”. OPS/OMS, Santiago 2007, 36.

126 Los pocos datos existentes se construyen con base en las denuncias presentadas ante Carabineros y Policía de Investigaciones; los registros de personas atendidas en organismos especializados como el Servicio Médico Legal, el Centro de Atención a Víctimas de Atentados Sexuales CAVAS y el Servicio Nacional de Menores SENAME, y los Anuarios de Justicia que procesa el Instituto Nacional de Estadísticas sobre las causas judiciales recopiladas en los tribunales del país.

Se estima que en el país se producen cerca de 150 agresiones sexuales diariamente y, por cada delito reportado, entre 3 y 10 casos nunca llegan a conocimiento de las autoridades.¹²⁷ Las explicaciones a este bajo nivel de denuncia y sus variaciones tienen que ver con condicionantes culturales, con la precaria oferta institucional de atención y la revictimización de quienes han sido agredidos/as. También influye la edad de la víctima y la relación con el agresor. Se estima que el subregistro de la violencia sexual contra niños y niñas es particularmente grave, y que es aún mayor cuando el agresor es miembro de la familia: en un estudio sobre maltrato infantil y abuso sexual en Chile se calcula que en agresiones sexuales cometidas por desconocidos, por cada caso conocido existen otros tres o cinco que no son reportados; cuando el agresor es un miembro de la familia, la relación entre reportados y estimados pasa de uno a diez.¹²⁸

En Chile, cada 25 minutos ocurre una violación sexual. Según la División de Seguridad Ciudadana del Ministerio del Interior, el 71% de estas son planificadas y muchas ocurren en el hogar de la víctima.¹²⁹ La tasa de denuncia de este delito aumentó entre 2001 y 2007, pasando de 12,2 a 16,1 por cada 100.000 habitantes respectivamente; en números, de 1.905 a 2.672.¹³⁰ El evidente desfase entre la prevalencia estimada y el número de denuncias reafirma que la violación sigue siendo una dolorosa y personal realidad para las víctimas, y un delito que queda impune. El Ministerio del Interior no desagrega por sexo la información, lo que invisibiliza la magnitud de la violencia sexual en la vida de las mujeres. Es imposible conocer hoy con la información disponible la ocurrencia de agresiones sexuales en el contexto de la violencia intrafamiliar: se publican datos sobre los casos de violencia sexual ingresados y tramitados en la administración de justicia, sin especificar el sexo de las víctimas y la relación entre éstas y el agresor. Al mismo tiempo, en las denuncias sobre violencia intrafamiliar no se especifica el tipo de delito o maltrato ocultando, de esta manera, la ocurrencia de agresiones sexuales.

La violencia sexual tiene una clara direccionalidad de género. Las mujeres representan el 79% de los peritajes sexuales realizados en el año 2003 y, de ellas, el 81% eran menores de 19 años.¹³¹ De las personas atendidas por el CAVAS¹³² en el año 2000, son el 79%.¹³³ Según cifras de la Oficina de Fiscalización del Delito, el 80% del abuso sexual infantil en menores de 13 años es perpetrado contra niñas.¹³⁴ En una investigación sobre el comportamiento sexual de chilenos y chilenas realizado en el año 2000, 7 de cada 100 mujeres declaró haber sufrido una violación y, para la mitad de ellas, ésta constituyó su primera experiencia sexual.¹³⁵

127 Camila Maturana, "Derechos sexuales y...", 26. La autora hace esta estimación a partir de los juicios iniciados por delitos sexuales en los tribunales de justicia y aplica un factor multiplicador tomando como base que por cada delito denunciado existirían otros seis desconocidos. En los delitos sexuales se incluye: violación, violación de menor, violación sodomítica, abuso sexual, abuso sexual infantil, abuso sexual impropio, abuso sexual impropio infantil, abuso deshonesto, estupro, prostitución de menores, difusión de pornografía, rapto, trata de blancas, trata de personas, trata de personas calificada y robo con violación.

128 Soledad Larraín y María Teresa Traversa, "Maltrato infantil y abuso sexual en Chile", UNICEF 2001. Estudio citado por Camila Maturana, cit. Supra.

129 Informe de la División de Seguridad Ciudadana del Ministerio del Interior en el año 2002 referido por los medios de comunicación, entre ellos, en El Mercurio: VIOLENCIA SEXUAL EN CHILE, escrito por Esther Morales León, publicado en la Columna de Sexualidad - Revista Crónicas de Domingo, diciembre 2002.

130 Ministerio del Interior/División de Seguridad Ciudadana, Informe Nacional "Denuncias y detenciones de delitos de mayor connotación social y violencia intrafamiliar, anual y cuarto trimestre 2007". Santiago, febrero 2008.

131 Anuario Estadístico del Servicio Médico Legal citado en <http://www.sernam.cl/basemujer/>

132 Centros de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales - CAVAS, dependiente de la Policía de Investigaciones.

133 SERNAM, "La violencia sexual en Chile: algunos indicadores relevantes". Departamento de Estudios y Estadísticas. Santiago 2001, 8-10.

134 Informe Oficina de Fiscalización del Delito, 2007.

135 Ministerio de Salud y la Comisión Nacional del SIDA, "Estudio nacional de comportamiento sexual. Síntesis de información seleccionada". Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Santiago 2000.

En relación a la prevalencia de violencia sexual contra las mujeres en las relaciones de pareja, las estimaciones disponibles aún están lejos de mostrar la real ocurrencia de agresiones sexuales, entre otros aspectos, porque no son significadas como tales. Aún se mantiene en el imaginario social el hecho que, en la pareja, el hombre tiene derecho a invadir el cuerpo de la mujer, y que la satisfacción sexual masculina forma parte de los “deberes conyugales”. Una investigación realizada por SERNAM en el año 2001 en las regiones Metropolitana y de la Araucanía muestra que el 14% de las entrevistadas ha sufrido violencia sexual en sus relaciones de pareja, y una de cada tres ha sido víctima de violencia sexual tras sufrir episodios de violencia física.¹³⁶

La gran mayoría de los agresores son hombres; representan el 95% de las personas puestas a disposición de Tribunales por agresión sexual por Carabineros de Chile y el 97% de los condenados por violencia sexual en el año 2005.¹³⁷ De ellos, una alta proporción son familiares o personas conocidas por las mujeres: el 89% de los casos atendidos por el CAVAS en el 2001 y el 79% de los peritajes por agresiones sexuales realizados por el Servicio Médico Legal en 2003.¹³⁸

Una potencial fuente de información sobre la prevalencia de la violencia sexual podrían ser las Salas de Primera Acogida para Atención de Víctimas de Violencia Sexual. Sin embargo, los registros sobre personas atendidas no se incorporan como atención por violencia en el sector salud, y tampoco es incluida en la base de datos del Ministerio Público.¹³⁹ Estos datos desaparecen en tanto información pública, y queda reducida al manejo de la Fiscalía. En las entrevistas realizadas al personal que trabaja en las salas en Santiago, Valparaíso y Valdivia se conoció que llevan estadísticas pero no fue posible acceder a ellas.

...siempre ha habido un registro... pero yo no sé si esa información sea nuestra, yo creo que puede ser del Ministerio Público y ahí ya. (Médico, Hospital Fricke).

La ausencia de información y de evaluaciones por parte del Ministerio de Salud y del Ministerio Público deja preguntas respecto de la utilización de las salas. De las entrevistas se desprende que en Valparaíso y Valdivia los fiscales acuden frecuentemente a ellas. Sin embargo, en Santiago pareciera que la situación es distinta. Llama la atención el número de casos atendidos que refirió el personal entrevistado:

Manejamos estadísticas de las mujeres y de los hombres, los hombres son muy pocos en general... Por este becho, y en forma espontánea fueron 12 pacientes en todo el año. (Médico, Hospital San Juan de Dios).

En una investigación realizada en 2006 sobre la implementación de este servicio en la Región Metropolitana se reporta que fueron atendidas 69 personas en 3 salas de acogida.¹⁴⁰ Contrasta este número –en el mejor de los casos un promedio de tres víctimas por mes– con la cifra de causas ingresadas por delitos sexuales en las fiscalías correspondientes que, en ese mismo año, superaban las 5.000. La autora concluye que esto se debe principalmente a que los fiscales

136 SERNAM, “Detección y análisis de la prevalencia de la violencia intrafamiliar”. SERNAM, Santiago 2002.

137 Anuario de Estadísticas Policiales 2004 de Carabineros de Chile y Anuario de Justicia 2005 publicado por el INE.

138 Policía de Investigaciones de Chile, Instituto de Criminología – CAVAS y Anuario Estadístico del Servicio Médico Legal citados en <http://www.sernam.cl/basemujer/>

139 Observatorio de Equidad de Género en Salud, “Respuestas efectivas ...”, 36-37.

140 Analía Banfi, “La implementación del modelo de “Salas de Primera Acogida a Víctimas de Delitos Sexuales” en Región Metropolitana”. Santiago 2007, 9 y 15. Corresponde a las salas de los hospitales San Juan de Dios, Calvo Mackenna y de Talagante. La autora no obtuvo información del Sótero del Río y del Barros Luco Trudeau.

prefieren los peritajes del Servicio Médico Legal: “La presencia en Santiago de un SML de turno las 24 horas y con profesionales de gran experiencia en la materia, hace que los fiscales prefieran derivar a las víctimas a este servicio para asegurarse una buena pericia. Por lo tanto, el vacío que cubren las salas en varias regiones, donde suplen la falta de cobertura o la falta de atención las 24 horas del SML, no se da en la Región Metropolitana, donde inversamente las salas funcionan en forma residual al SML”.¹⁴¹

Por alguna información de prensa se conoce que el Servicio Médico Legal ha hecho convenios con servicios de salud de la Región Metropolitana a fin de derivar a las personas que llegan a sus dependencias para efectos de peritajes sexuales.¹⁴² Este servicio se dedica exclusivamente a la parte pericial, lo que significa que las mujeres deben hacer una escala más en su ruta para recibir la atención médica necesaria y acceder a tratamientos preventivos y de anticoncepción de emergencia.

En Chile no hay investigaciones ni estadísticas que relacionen la violencia sexual con la ocurrencia de embarazos no deseados y abortos por esta causa.¹⁴³ La forma fragmentada en que se estructuran los servicios de atención, la ausencia de coordinación entre las distintas entidades públicas que tratan la problemática, y la falta de seguimiento a las víctimas hace imposible construir esta información con base en los datos disponibles. Lo único que la opinión pública conoce son los casos que de manera sensacionalista abordan los medios de comunicación social, generalmente referidos a niñas que han sido violadas por familiares o conocidos y que cargan un embarazo en consecuencia. En la noticia, el acento se coloca en la condición patológica del agresor, en la irresponsabilidad o “complicidad” de la madre, y/o en las condiciones de marginalidad y “promiscuidad” en que se produjo la agresión; rara vez se reflexiona sobre las implicaciones que tiene la violación y el embarazo no deseado en la vida de la niña, y en ningún caso se pone en discusión la alternativa de interrumpir esa gestación forzada.

Atención a las mujeres que sufren violencia sexual: entre la invisibilización y el peritaje judicial

Centros de Atención a la Mujer de SERNAM: la violencia sexual se indaga pero no se atiende

Los Centros de Atención a la Mujer del SERNAM se crearon en el año 2001; inicialmente se concibieron como Centros de Prevención y Atención a la Violencia Intrafamiliar que atendían a hombres, mujeres y niño/as. En 2005 se reorienta esta política hacia las mujeres. Su objetivo es “contribuir, en el ámbito local, a reducir la violencia intrafamiliar, especialmente la que se produce en las relaciones de pareja, mediante la implementación del modelo de intervención integral, con

¹⁴¹ Analía Banfi, “La implementación del modelo...”, 20.

¹⁴² La ONG Raíces informa sobre la firma de un convenio entre el Servicio Médico Legal (SML) y el Servicio de Salud Metropolitano Norte para la atención integral de víctimas de agresiones sexuales que permitirá trasladar a los usuarios directamente al Hospital San José luego de realizar los peritajes de rigor. www.ongraices.cl

¹⁴³ Estudios realizados a nivel mundial revelan que entre un 15% y un 18% de las violaciones denunciadas tienen como consecuencia un embarazo. Gobierno de Chile/Ministerio de Salud, “Normas y guía clínica para la atención en servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual”. Ministerio de Salud, abril 2004, 9.

énfasis en la desnaturalización de la violencia, y la detección e interrupción temprana del fenómeno social”. El programa incluye la atención psicológica, social y legal a las mujeres afectadas, la prevención a nivel comunitario, la capacitación de agentes institucionales públicos y privados, el trabajo intersectorial y la promoción del funcionamiento en red de los organismos que tienen responsabilidades en el enfrentamiento del problema.¹⁴⁴

Los Centros atienden todo tipo de violencia contra las mujeres que ocurre en el ámbito doméstico, incluyendo aquella que se produce en el pololeo. Las mujeres llegan por demanda espontánea o referidas por otras instituciones públicas –Carabineros, Fiscalía, consultorios– y organizaciones privadas. En los tres Centros incluidos en este estudio la mayor proporción de ellas pertenecía a sectores populares y medios.

...el centro se basa en una intervención de tipo ecológico sistémico, donde principalmente se trabaja con la mujer en términos tanto sociales, psicológicos y jurídicos principalmente, y la parte prioritaria es trabajar con ella en términos de que pueda reconocerse como un sujeto de derechos en términos de que ella es una persona valorable y que hay cosas que en su relación no están bien... es una atención que depende de la gravedad de la situación, por el grado va de un mes hasta 4 o 5 meses. (Trabajadora social, Valdivia).

Las manifestaciones de la violencia contra las mujeres que forman parte del modelo de intervención son la física, la psicológica, la económica y la sexual. Sobre ellas se indaga en la acogida, y también se visibilizan en las acciones de sensibilización a la comunidad y en la capacitación a entidades y organismos locales.

Dentro del modelo de intervención que el Servicio Nacional de la Mujer nos plantea a nosotros y de alguna manera define nuestras directrices de intervención, se reconoce como manifestación de violencia, la violencia sexual, o sea, entre las categorías física, psicológica, económica, también está caracterizada y definida la violencia sexual. (Psicóloga, Santiago).

La información recabada en las entrevistas al personal de SERNAM confirma tanto la presencia de la violencia sexual en la vida de las mujeres como que su ocurrencia se mantiene oculta y es difícilmente verbalizada por las víctimas. Por lo general, ellas acuden a los Centros buscando orientación y atención a la violencia física y psicológica, y son pocos los casos en que la consulta es por agresiones sexuales ocurridas en sus relaciones de pareja.

... aparece dentro de sus historias de vida que ellas han sido abusadas no necesariamente por sus parejas sino que en sus historias de infancia, adolescencia, por sus padres, padrastros u otros miembros de la familia o cercanos a la familia. Eso también es habitual observar, cuando una indaga en sus historias de vida son mujeres que en un porcentaje no menor han tenido por lo menos una o más experiencias de abuso sexual, fuera del ámbito de su relación de pareja si no que como parte de su historia de vida. (Trabajadora social, Valparaíso).

144 SERNAM, “Orientaciones técnicas del modelo de intervención de los centros de la mujer”, citado en Guía de Recursos para la Acción, op. cit.

Aparece en el relato de la violencia. En general la violencia que prima ahí es la violencia psicológica o la violencia física si la hay. Por lo general es muy raro, en mi experiencia, creo que ha sido uno o dos, es como para no descartar, pero por lo general llegan por la violencia psicológica y la violencia física. (Psicóloga, Santiago).

El tema de la violencia sexual, desde lo que son las personas que concurren al centro no es percibido, o sea, hay que abundar mucho para de alguna manera detectar situaciones que estén vinculadas a esa temática, a esa problemática en particular, hoy día si por ejemplo hay mucha más claridad con respecto a la violencia física, al tema de las humillaciones, de las descalificaciones en el ámbito de la violencia psicológica, no así desde el ámbito sexual. (Trabajadora Social, Valdivia).

La violencia sexual es significada como tal cuando el agresor ha sido un desconocido o un conocido, distinto de la pareja. Sin embargo, cuando de ésta se trata, las mujeres tienden a identificar las agresiones sexuales sólo cuando aparecen vinculadas con hechos de violencia física. En su relato es común referirse a “ceder” a la relación sexual ante la amenaza de golpes y humillaciones. A ello se conjuga que culturalmente se espera que las mujeres, como parte de sus “deberes conyugales”, accedan a los requerimientos sexuales de los hombres. La violación en el matrimonio, aun cuando reconocida por la ley como delito, es vivida en secreto y pocas veces verbalizada.

...ellas saben que si no acceden a la relación sexual vienen las agresiones físicas o verbales, entonces de algún modo esa amenaza hace que tengan que mantener la relación sexual, y no necesariamente que esta sea a la fuerza... Diría que cuando las agresiones sexuales han sido más distanciadas, más esporádicas en el tiempo, cuando no son recurrentes o han pasado contadas veces dentro de la relación, ellas pueden significarlo como una violación. Pero, por lo general, cuando es más periódico, más constante que se da como semanal o mensualmente, que se transforma en parte un poco de la cotidianidad de la violencia y de su propia vida, no. (Psicóloga, Santiago).

La violencia sexual es una de las manifestaciones menos reconocidas por las mujeres, o bien, que más cuesta reconocer... Hay una serie de patrones culturales que la culpabilizan doblemente en la violencia que puedan vivir en ese ámbito, porque está dentro de los deberes como mujer, de los deberes conyugales. Ahí hay varios conflictos y tensiones que se generan en los mismos discursos y en las formas en que las mujeres viven ese problema. Entonces, claro, es difícil que nos lleguen casos porque las mujeres lo viven más en silencio aún que otras manifestaciones de violencia. Es un problema poco conversado, poco tratado, poco discutido. (Trabajadora social, Valparaíso).

La dificultad para identificar la violación como parte de la violencia en la pareja no es sólo de las víctimas; también está presente en las profesionales de SERNAM. Ellas diferencian la violación –que en las descripciones aparece ligada a lesiones y/o forzamiento– de otro tipo de situaciones en que la invasión al cuerpo de las mujeres no se califica como tal. Al mismo tiempo, el contexto de coacción e intimidación en que se produce la violación no tiene, en las percepciones del personal entrevistado, el mismo peso que la agresión física y las lesiones en la identificación del hecho. Su ocurrencia, por tanto, se minimiza.

Por lo general nos ha pasado que las agresiones sexuales no tienen que ver con violación, a veces tienen que ver con un tema manipulativo, y eso implica necesariamente que no hay lesiones. (Psicóloga, Santiago).

No nos ha tocado, que yo recuerde... pero dentro de los casos que hemos discutido en las reuniones técnicas que son los de mayor complejidad, no han aparecido, sino situaciones como las que yo te comentaba, en que la mujer es obligada a tener relaciones sexuales contra su voluntad o bien lo hace para evitar... o ha sido vejada, por ejemplo, mujeres que han sido obligadas a tener relaciones sexuales con animales. (Trabajadora social, Valparaíso).

Esta dificultad para identificar y otorgar a la violencia sexual el real peso que tiene dentro de la situación general de violencia que sufren las mujeres se explica por varias razones. En primer lugar, el personal no ha recibido capacitación en la materia; los eventos de formación mencionados en las entrevistas abordan la violencia que afecta a las mujeres en sus relaciones de pareja en forma general, sin profundizar en sus manifestaciones particulares.

Ninguna. Ni del Servicio Nacional de la Mujer, ni en otras instancias, ni siquiera de formación personal que uno pueda haber participado. Lo que yo he leído, pero formación particular en esa temática, no, ni de tratamiento. (Trabajadora social, Valparaíso).

Hemos recibido de la línea de legal, del tema de la perspectiva de género, y todo lo que tiene que ver con ir trabajando y profundizando la intervención de las casas de acogida, de los centros de la mujer, que fue más que nada el año pasado, e informes periciales... (En violencia sexual) específicamente diría aspectos psicosociales de la violencia, y dentro de eso van incluidos los tipos de violencia, y la mirada que se plantea desde SERNAM y, por lo tanto desde los centros en términos de orientaciones clínicas de cómo se concibe esta violencia. (Psicóloga, Santiago).

Principalmente está abocada al tema de VIF, claro desde el ámbito de la violencia doméstica que sufre la mujer, de ahí sus aristas, está todo el tema y los tipos de violencia, pero en la lógica de una mirada integradora. (Trabajadora social, Valdivia).

También influye el hecho que no existe atención particular a la violencia sexual en el modelo de intervención de los Centros. En el abordaje a la situación de violencia se indaga la ocurrencia de distintas formas de abuso y maltrato, donde la agresión sexual es una más del listado. Sin embargo, la evaluación global redundante, en la práctica, en priorizar la atención a ciertas manifestaciones –en específico la física y la psicológica– aun cuando la violencia sexual aparezca en los relatos de las mujeres. Es decir, su presencia se constata, pero no es objeto de un procedimiento particular.

Forma parte del protocolo revisar todos los tipos de violencia. Se evalúa toda la situación de violencia en general pero no solamente si ha tenido violencia física, se explicitan ciertas formas de violencia psicológica, ciertas formas de violencia física y ciertas formas de violencia sexual y ciertas formas de violencia económica... porque muchas mujeres vienen sin saber que son agredidas en otras líneas, piensan que si no hay violencia física no hay violencia, entonces también hay que explicitar que las

agresiones verbales, que los insultos, que si la fuerza o la amenaza para que puedan tener relaciones sexuales también implica agresión. (Psicóloga, Santiago).

...no hay un patrón distinto, porque habitualmente es una manifestación más dentro de una relación de violencia que ella está viviendo, no está aislada. Junto con eso hay golpes, hay amenazas de muerte, por lo tanto, es como una misma situación, no se ve en forma particular el tema del abuso sexual, como una línea particular y específica, sino que se interviene como la globalidad de la relación de violencia que ella está viviendo... Creo que está muy invisibilizado, poco estudiado, poco planteado en los discursos, queda como "la violencia sexual", pero, ¿cuál es el análisis?, ¿cuál es la reflexión?... Las líneas de intervención particulares y específicas no existen. Se interviene desde la mirada global de una relación de violencia pero no como en parcelar la violencia sexual. (Trabajadora social, Valparaíso).

Yo creo que en general va muy de la mano la violencia tanto psicológica como sexual y física, y económica también. O sea, aquí lo que es violencia sexual considerando la mayoría de edad es considerada una de tipo grave, muy grave, entonces no lo vería como una parcela, en términos de que en el fondo la situación es tan compleja y tiene tantas aristas que en el fondo tú tienes que partir trabajando... O sea, cuando hay violencia física va de la mano de la violencia psicológica. Entonces hay que trabajar con la persona en términos de que primero ella trate de ver la gravedad o magnitud de la situación. (Trabajadora social, Valdivia).

La debilidad en la respuesta a la violencia sexual que sufren las mujeres en sus relaciones de pareja es reconocida por el personal de los Centros. La atención posible dentro del modelo de intervención se limita al apoyo psicológico breve, y la derivación de los casos más complicados a los COSAM. En el campo preventivo, se aborda en los grupos de autoayuda y en las acciones de capacitación y sensibilización a la comunidad y al personal de otras reparticiones locales.

Al indagar sobre la relación entre violencia sexual y los embarazos no deseados, el personal dice estar consciente que estos son una posible consecuencia de las situaciones de violencia que afectan a las mujeres. Por ello, cuando ellas relatan estar sufriendo agresiones sexuales –al menos en Santiago y Valparaíso– se les pregunta si están utilizando algún método de anticoncepción y se les informa sobre la PAE. Sin embargo, estas orientaciones no se abordan en profundidad sino en el marco de las estrategias de autocuidado que puedan desarrollar las propias mujeres, entre las que caben desde la PAE hasta la necesidad de contar con redes de apoyo. Al mismo tiempo, la entrega de información aparece condicionada a que la violación sea identificada como tal por parte de la víctima, y que la prevención del embarazo no deseado responda a sus estilos y formas de vida. No deja de estar presente, también, el conflicto que se ha creado en torno a la distribución de la PAE.

Lo que queda claro en las entrevistas en Valdivia, Valparaíso y Santiago es que el procedimiento no está protocolizado, que no existe derivación a los consultorios de salud para que las mujeres que sufren violencia sexual de parte de sus parejas accedan a la PAE, y que las respuestas que reciben las mujeres están condicionadas por el grado de experiencia y comprensión del problema que tenga el propio personal. Dada la escasa capacitación en violencia sexual y la ausencia de procedimientos específicos para abordarla, las debilidades en la atención saltan a la vista.

En Valparaíso:

O sea, si te pusieras a hacer una investigación de todas las mujeres que hemos atendido acá, yo creo que hay muchos embarazos que han sido producto de situaciones de abusos, que no están reconocidos como tal... hay muchas mujeres que están viviendo situaciones de violencia graves, graves y están súper embarazadas, o sea, obviamente que ese embarazo está dentro de esta historia, no está ajeno, que está incorporado, hay muchos casos de esos y que no están conceptualizados como tal.

Se entregan básicamente algunas herramientas de autocuidado, de protección, de cuáles son sus derechos, se le informa. Ahora, que se trabaje en profundo esa parte, no... (Respecto de la PAE) sí, se informa que ella tiene la posibilidad y cómo puede acceder, pero de ahí que nosotras nos hagamos cargo de llevarla y de intencionar el tema de un seguimiento o de un acompañamiento más cercano, no. Está dentro de la información que tenemos que dar como otras, en relación a cómo hacer una denuncia, dónde llamar por teléfono de emergencia...

En Santiago:

... hasta ahora no hemos visto el tema violación en sí. No nos ha pasado porque por lo general esto tiene que ver con el tema de la amenaza, con una cierta intimidación por experiencias anteriores. Entonces implica más el ceder que la agresión forzada.

Y en el tema de riesgo de embarazo, en algunas ocasiones si se ha tomado, se ha podido dar en algunos casos las orientaciones, cómo se está cuidando, cómo lo hace... Tiene que ver con decisiones y formas y estilos de vida. Mujeres que llegan con una orientación religiosa católica, evangélica, entonces también tiene que ver con las decisiones que cada una va tomando. Hacemos mucho hincapié en ir generando autonomía... que ella tome decisiones. Si bien eso se puede presentar, no necesariamente se toma porque va a depender de ellas.

(Respecto de la PAE)... lo que podemos hacer es que vayan al consultorio. Nuestra población va constantemente al consultorio por temas médicos o por temas psicológicos. Y de hecho hubo harto trabajo en esta línea desde el consultorio, harto información en relación, por ejemplo, al tema de la operación en que se esterilizan para no tener más hijos.

En Valdivia:

A mí no me ha tocado el caso, quizás ahí habría que consultarlo a mis colegas. Pero yo creo que más allá de eso está abocado al tema de la educación, pero hay todo un tema y nosotros somos parte de los servicios públicos, pero creo que hay un tema también educativo y eso es lo prioritario dentro de este tipo de actividades... Si las personas vienen con una situación con tanta duda, es nuestro deber también educar y en esos términos decir lo que existe y decir lo que no existe, al menos esa es mi percepción.

En el ámbito de la justicia, la violencia sexual resulta importante en la evaluación de los niveles de riesgo a que están expuestas las mujeres. Su presencia califica como riesgo grave dentro de la gradación que utiliza el personal de los Centros. Sin embargo, en las acciones judiciales que se desprenden de estas evaluaciones, la agresión sexual nuevamente queda relegada; forma parte del texto de la demanda en concurrencia con la violencia física o la violencia psicológica, dependiendo del curso legal que se defina dar a la causa. Que la violencia sexual es delito en la legislación no se desconoce, pero prima la celeridad con que se obtengan medidas de protección para las mujeres y, al menos en Santiago y en Valdivia, los Tribunales de Familia estarían dando una respuesta más oportuna desde esta perspectiva. Este curso de acción, aunque resulte más efectivo para la protección de la vida, refuerza la naturalización de la violencia sexual contra las mujeres en las relaciones de pareja y favorece su impunidad.

Va a depender un poco de la primacía de la denuncia, por ejemplo si aquí no hay violencia física, y hay violencia sexual y prima la violencia psicológica, la derivamos a Tribunales de Familia. Si hay violencia física y además un tema de amenazas de muerte va a Fiscalía... Porque nosotras sentimos que efectivamente en los Tribunales de Familia las medidas de protección son mejores, más rápidas. En Fiscalía las medidas que dan, van desde las rondas periódicas hasta el teléfono del cuadrante, y ahí van dando otras y dentro de eso está también el desalojo... En cambio el Tribunal de Familia, especialmente cuando derivamos y hay violencia psicológica y además hay violencia sexual, se señala en el escrito de la denuncia, por lo general uno solicita ciertas medidas de protección, y si la mujer ha tomado la decisión de sacarlo de la casa, se le da el desalojo, cosa que es muy difícil conseguir desde Fiscalía. Entonces claramente nosotras preferimos abocarnos incluso en algunas situaciones... cuando hay violencia física no se puede, pero incluso a veces cuando hay violencia física hacemos la denuncia en los dos lados, porque nos permite ser más rápida con las medidas. En ese sentido son mucho más efectivos y efectivamente sale ese mismo día de la casa, y órdenes de no acercamiento y todas esas cosas. (Psicóloga, Santiago).

Todos los casos que tienen que ver con situaciones graves se llevan a la Fiscalía, pero nosotros aquí hemos optado un poco, y netamente por el tema de que las medidas cautelares se demoran mucho más en gestar, hemos optado principalmente en el Tribunal de la Familia porque es mucho más rápido el camino y eso es súper importante porque también depende un poco del funcionamiento de repente de la lentitud o rapidez de las instituciones. Generalmente te recomiendan que se derive al Tribunal de la Familia porque ahí es mucho más rápido. Para las medidas cautelares, porque en el fondo en esos términos, en términos de riesgo prioritariamente hay que pedir, solicitar medidas cautelares. (Trabajadora social, Valdivia).

La atención a la violencia sexual en los Centros de la Mujer de SERNAM deja más preguntas que respuestas; las falencias encontradas, sin embargo, no son imputables a los equipos de trabajo sino a la ausencia de una política que la visibilice, atienda sus consecuencias y promueva su sanción. La simple entrega de información resulta insuficiente para evitar la maternidad obligada o, eventualmente, el riesgo de un aborto clandestino. El protocolo de atención debería, al menos, facilitar el acceso oportuno a consejería reproductiva y a la anticoncepción de emergencia para aquellas mujeres que reportan ser víctimas de violencia sexual.

Salas de Primera Acogida para Atención de Víctimas de Violencia Sexual: énfasis en el peritaje judicial

Las Salas de Primera Acogida para Atención de Víctimas de Violencia Sexual, resultado de un convenio entre el Ministerio de Salud y el Ministerio Público, se comenzaron a instalar a partir del año 2002. En teoría, estas funcionan en 17 hospitales distribuidos en las doce regiones¹⁴⁵ y tienen por objetivos “disponer de espacios para la atención digna y de calidad de las víctimas de delitos sexuales, incluyendo atención especializada, información sobre derechos y procedimientos para disminuir la victimización secundaria, e incentivar la denuncia de los delitos sexuales”¹⁴⁶. Se busca con este programa concentrar la atención en un solo espacio, ofreciendo a las personas agredidas contención emocional, atención médica, prevención de ITS y de embarazo no deseado, y exámenes periciales. Este mejoramiento en la calidad de la oferta institucional debiera promover la denuncia de estos delitos y su judicialización, y reducir el desistimiento.

En el convenio de colaboración, el Ministerio de Salud aporta con el espacio físico y el personal necesario para la atención médica y la toma de muestras. Se trata básicamente de un “box” privado equipado con camilla, instrumental para la toma de muestras y refrigerador para mantenerlas, y computador para el registro. Al Ministerio Público le corresponde facilitar la presencia de un/a fiscal y de apoyo psicológico, y garantizar el instrumental e insumos para los peritajes sexuales.

En las tres Salas incluidas en esta investigación, las personas atendidas son en su gran mayoría mujeres; llegan por demanda espontánea, las trae Carabineros cuando son “recogidas en la vía pública” o para constatar lesiones cuando han presentado denuncia, o vienen derivadas de Fiscalía para peritajes sexuales. También llegan jóvenes acompañadas de familiares para constatar violación o actividad sexual. La información disponible no permite conocer en qué proporciones está compuesta esta demanda.

...es reiterado de niñas o mujeres que son encontradas en la vía pública en estado de ebriedad, se trae para constatar lesiones y si ha sido violentada sexualmente, eso ha sido como en forma muy reiterativa... y los carabineros son los que las traen, esa es una primera situación. La segunda tiene que ver con aquellas adolescentes que están perdidas entre comillas, han hecho abandono de su casa sin el consentimiento de los padres y han llegado a las 24 horas, a dos días o tres días después y que las mismas madres las traen para constatar si son vírgenes o no son vírgenes, si han sido violentadas o no violentadas, ese es el término que usan, quiero saber si mi hija es víctima o no ha tenido relaciones sexuales alguna vez. (Matrona, Hospital Base Valdivia).

Los profesionales de salud que atienden en las Salas son los mismos que se desempeñan en los servicios de urgencia donde estas están instaladas. De acuerdo con los recursos disponibles en cada hospital, se puede tratar del médico/a que esté de turno o de un/a ginecobstetra, con apoyo de la matrona. Existe una cierta división de funciones de acuerdo a la edad de las personas agredidas. Así, en el caso de Valdivia, niños y niñas son atendidas preferentemente por el personal

145 Según el informe del Observatorio de Género y Salud antes citado, para fines del 2006 existían 17 salas, una por región y 4 en el Área Metropolitana. Sin embargo, al realizar las gestiones para entrevistar al personal de la sala del hospital Sótero del Río, se constató que esta no está en funcionamiento.

146 Ministerio de Salud y Ministerio Público, “Orientaciones técnicas de las salas de primera acogida para atención de víctimas de delitos sexuales en servicios de urgencia”, diciembre 2005.

de pediatría; por los profesionales de la posta infantil en Valparaíso y, en Santiago, dada la mayor disponibilidad de salas, los niños y niñas se atienden en el Hospital Félix Bulnes. Los y las profesionales de los servicios de urgencia se encargan de la población adulta.

El que esté de urgencia, que es cualquiera. (Médico, Hospital Fricke).

...como es una situación de urgencia que está abierta las 24 horas del día, no hay personal exclusivo para eso. (Médico, Hospital San Juan de Dios).

La matrona de turno más el médico de turno... quienes sean a la hora que sea. (Matrona, Hospital Base Valdivia).

La información recopilada en las entrevistas muestra que el funcionamiento de las Salas está lejos de brindar atención digna y de calidad a las mujeres que han sufrido violencia sexual. Su funcionamiento responde principalmente a los requerimientos del proceso penal –en particular a la obtención de peritajes sexuales de calidad– y se carece de personal capacitado y normativa que permita dar una atención integral y reparatoria a las víctimas.

El personal de los servicios de urgencia afirma haber recibido capacitación para efectos de cumplir con los objetivos de atención de las Salas. Sin embargo, las respuestas obtenidas indican que hubo diferencias entre regiones en el contenido de la formación; en el caso de Valdivia esta se limitó a una reunión informativa y, en Santiago, se trató de un evento producto del esfuerzo del servicio de salud, del Ministerio Público y del Servicio Médico Legal. En cualquier caso, la capacitación en violencia sexual se centró preferentemente en aspectos relativos al peritaje sexual y la coordinación entre el Ministerio de Salud y las Fiscalías. En consecuencia, la existencia de las Salas no ha variado en lo sustancial la atención que siempre se ha dado en los servicios de salud a las mujeres que han sufrido violencia sexual. Lo que se rescata como aporte es que se trata de un lugar que otorga privacidad y mayor comodidad para la realización de los exámenes, y que se dispone de mayor tiempo para hacerlos.

Nada especial, si tú me preguntas a mí no tiene nada especial, lo único especial que tiene es que está amoblada, más acogedora, un sector, separamos la parte del examen de la parte de entrevista y que tiene este apoyo donde hay algunos elementos de aseo, ropa, toallas, cuadros para cambiarse, porque como es una situación de urgencia, esos detalles hay... nosotros siempre hemos atendido estas situaciones, siempre, lo que pasa que antes no tenía la connotación legal que tiene hoy, en el sentido de que nuestro informe es súper valedero incluso, a veces, basta y sobra con lo que tenemos aquí. (Médico, Hospital Fricke).

Desde el punto de vista de salud, no era una demanda nuestra, sino que más bien fue una demanda desde el punto de vista de justicia... la atención médica nosotros siempre la hemos hecho con o sin sala de acogida... desde el punto de vista de infraestructura, obviamente es más cálido y menos traumático no tener que entrar a una sala donde hay una cantidad determinada de pacientes que vienen por otras cosas, y empezar a interrogarla y que los demás estén escuchando... Esto es distinto, por lo menos ese rol lo cumplen, en el cual tú, como médico, la puedes interrogar en forma más privada y puedes hacer el examen también en forma más privada para que sea menos traumático para ella. (Médico, Hospital San Juan de Dios).

...Hoy día lo que estamos viendo es una revictimización de la mujer, de la mujer violentada, niña, adolescente, porque en el fondo nos trasladamos de espacio de un box de atención que está, son metros, sólo metros, estamos en el mismo espacio, que tiene la connotación de que es particularmente para la mujer violentada, pero los profesionales son los mismos, sin la capacitación adecuada. (Matrona, Hospital Base Valdivia).

Al indagar sobre el procedimiento que se sigue en la atención, en las respuestas se coloca especial énfasis en los requerimientos técnicos del peritaje sexual y en las acciones profilácticas de enfermedades de transmisión sexual y del embarazo. La descripción de Valparaíso es particularmente elocuente en este sentido. En las tres Salas se cumple con el requerimiento de facilitar la PAE a las mujeres agredidas, y no se mencionaron impedimentos por “objeciones de conciencia”. Las mujeres llegan en estado de shock, conmocionadas por la agresión que han sufrido, y al personal le corresponde hacerles ver, en ese contexto, el riesgo de embarazo.

Se le ofrecen desde el punto estrictamente administrativo-legal, uno: atención, apoyo,... nosotros le damos cuadros, ducha, toalla, cosas que nos ha dado el ministerio público después del examen. Le damos apoyo médico, administrativo, apoyo psicológico en el sentido de no apurar, estamos ahí el tiempo que sea necesario, lo cual a veces conlleva problemas con el resto de la atención, por supuesto. A veces he tenido parado media hora, una hora el box porque es el mismo box que usamos para atender para otra gente... Tres: le tomamos exámenes de laboratorio para pesquisas de alguna cosa, si sospechamos... pesquisas de enfermedades de transmisión sexual, búsqueda de espermios y ahí entramos ya en la esfera legal, ADN, bucal si es que ha habido contacto oral, vaginal y anal. Y le hacemos tratamiento, mejor dicho prevención o sea profilaxis de enfermedades de transmisión sexual, principalmente con penicilina o con toxicilina que son las más frecuentes, la gonorrea y la sífilis y profilaxis para VIH con Convivir que le da una dosis y le indicamos dónde continuar el tratamiento que aquí se hace en infectología... Y hacemos profilaxis de embarazo con una tableta del día después, se toma dos dosis. (Médico, Hospital Fricke).

Son muy pocas las que toman conciencia de que se puedan embarazar, más que nada es el shock y la sensación de ser agredidas en general... siempre se les da. Les explicamos primero por qué hay que usarla y se les da, y se la toman delante de uno. (Médico, Hospital San Juan de Dios).

...creo que hay mucho dolor, hay mucho mal estado, está muy vulnerable... da lata porque aparte de todo lo que tiene que decir, tú tienes que además estar muy atenta a sus reacciones y darle todo lo que hay dentro del sistema. Si es que efectivamente ha existido la posibilidad de embarazo en caso de penetración o muy cercano a la zona genital, tú estás consciente de que hay que tomar exámenes para saber si hay o no hay espermios presentes, si hay o no hay infecciones después. Y más encima tienes que decirle si hay o no embarazo, esas son muchas cosas al mismo tiempo, yo creo que la mujer está más, muy en la situación de conflicto que ha vivido (Matrona, Hospital Base Valdivia).

En la atención, la contención está supeditada a contar con una psicóloga y se liga a facilitar la realización de exámenes o a que éstos resulten menos traumáticos. El abordaje que se describe, particularmente en Valparaíso, es poco sensible a la situación que está viviendo la mujer agredida en el momento de la atención: el hecho que algunas de ellas no quieran ser examinadas

por un hombre resulta un inconveniente para la realización del peritaje, no un problema de calidad de atención. Un acercamiento distinto se encontró en Valdivia, donde las matronas que se encargan de contener y orientar a las mujeres buscan mejorar, a través del autoaprendizaje, la atención de la violencia sexual.

A veces llamamos a la psicóloga de la Brigada de Homicidios, vienen a veces, pero no está instalado acá, ellas vienen si yo veo que no me van a cooperar mucho, que está muy quebrada, qué se yo, a veces me ha pasado que no quieren que la examine porque soy hombre. (Médico, Hospital Fricke).

... (El Misterio Público) no está poniendo al fiscal a disposición de las pacientes, no viene la psicóloga que tendría que hacerle la contención y mediar para que sea menos traumática la situación. Eso no ocurre. (Médico, Hospital San Juan de Dios).

...es casi por autoformación... cuando uno hace una evaluación interna, que son las autoevaluaciones o la revisión de pares, comentamos mucho del cómo proceder en casos de mujeres violentadas... eso ha sido autoaprendizaje, saber escuchar, nosotras nos vamos corrigiendo según ha omitido o ha intervenido en forma que no corresponde. Pero es eso... por la no capacitación y adiestramiento de todas las matronas que están en la asistencia pública para tener un abordaje adecuado. (Matrona, Hospital Base Valdivia).

La primacía que se otorga a los peritajes sexuales y la falta de personal capacitado provoca revictimización en las mujeres. En Valparaíso se conoció que el paso por la Sala no las exime de acudir al Servicio Médico Legal, porque así lo exige el Ministerio Público; en Valdivia, ellas pueden ser sometidas a reiterados exámenes o esperar varias horas hasta cuando el informe de la Sala cumpla con los requerimientos del fiscal para efectos del proceso judicial.

Van igual. Son exigencias del Ministerio, ellos lo mandan. A veces con bastante posterioridad lo que implica que los signos, señales, no existen y uno no puede saber si existieron o no existieron, es más aún, a veces llega la información incompleta y la paciente no lleva ningún antecedente, pierde valor. (Médico, Hospital Fricke).

...nosotros hemos tenido varias consultas de mujeres violentadas en que algunas han hecho la denuncia y en que el médico ha hecho el peritaje sexológico y se ha llevado el informe a la fiscal. La fiscal lo lee en su oficina porque ella ya sabe que esa persona ha hecho una denuncia respectiva, y en caso de que no sea acorde o esté incompleto, o sea inadecuado, lo remiten nuevamente que puede ser a la hora después de haber sido vista la paciente y se realiza nuevamente, un nuevo informe... remite el informe nuevamente y determina que está incompleto y el médico lo rechaza porque él considera que no está habilitado para el peritaje sexológico como ella lo estime conveniente y legal, en este caso correspondiente, la usuaria estuvo más de dos horas y media producto de eso. (Matrona, Hospital Base Valdivia).

El hecho que las Salas se conciban prioritariamente como una colaboración con la administración de justicia, y no como un esfuerzo de atención integral de salud a las mujeres que han sufrido violencia sexual, conlleva ausencia de procedimientos de derivación interna y dificultades para acceder a una atención reparatoria. Se arguye, por parte del personal, que se trata de una

intervención de emergencia y que no cuentan con este tipo de servicios. Pero tampoco se potencian los recursos existentes: las Salas no tienen relación alguna con los programas de atención a la violencia intrafamiliar instalados en los consultorios, con lo cual se pierde la posibilidad de hacer seguimiento a las mujeres y conocer la dimensión de los embarazos por violación. Queda en manos de las propias mujeres gestionar, posteriormente, el acceso a esos programas u otros que necesiten como consecuencia de la agresión sexual.

O sea, es una dependencia que el Ministerio Público la amobló un poquito más, que agregó un sofá para conversar, o sea, que no fuera una camilla o que no fuera una silla para la entrevista, hay un sistema computacional que nos ayuda a manejar la información y hay apoyo... pero hasta ahí no más llegamos, no hacemos nada más, ni seguimiento, ni control ni ninguna cosa; eso no existe... nosotros trabajamos en un servicio de urgencia, no hay derivación. La paciente tiene que concurrir a su consultorio, nosotros no hacemos un documento, no hay derivación interna. (Médico, Hospital Fricke).

No (hacemos seguimiento) porque no disponemos de una unidad que se haga cargo de esas pacientes. Obviamente la que tiene que hacer seguimiento es la psicóloga... para que le hagan los seguimientos en el consultorio o en el nivel secundario que le corresponde, pero no en el hospital. (Médico, Hospital San Juan de Dios).

Hay un sistema de derivación a todo menor de 18 años, tiene consulta por psiquiatra establecida... y a las mayores de 18 años la posibilidad de que ellas lo consulten si lo estiman conveniente... sabemos que existe un programa de violencia intrafamiliar, sabemos que existen los programas a nivel de atención primaria que son los que llevan esto, pero no hay un trabajo integrado. (Matrona, Hospital Base Valdivia).

De las entrevistas al personal de las Salas se concluye que no es posible, con los datos y procedimientos actuales, establecer una relación entre las víctimas de violencia sexual y la ocurrencia de embarazos no deseados. El funcionamiento se centra en las necesidades del Ministerio Público al cual se le remiten los registros de las personas atendidas y la información pericial correspondiente. Al mismo tiempo, en las tres ciudades, el personal conocía de mujeres con embarazos producto de violación que eran atendidas en los servicios de obstetricia. En todos los casos, sin embargo, se trata de programas puntuales sujetos a la disponibilidad de recursos y no como parte de la oferta en la atención obstétrica.

Nosotros no hacemos seguimiento, solo la primera consulta. De ahí hay una privacidad absoluta de la usuaria, a no ser que después la reconozcamos porque quedó embarazada, pero es muy raro, es una atención totalmente indirecta. (Matrona, Hospital Base Valdivia).

...hace tres o cuatro meses tenemos la posibilidad de tener una psicóloga a través del programa Chile Crece Contigo, que nos dio los recursos para contratar psicólogos para la maternidad. En este periodo se han hecho cargo de algunas pacientes que vienen con hijos producto de una violación. Pero como un programa, que tenemos un presupuesto y gente capacitada para hacerse cargo de esas situaciones, nada, absolutamente nada. (Médico, Hospital San Juan de Dios).

Las Salas de Primera Acogida son un ejemplo de cómo una política bien orientada se pierde en una mala ejecución, deficiente y fragmentada. El personal de salud entrevistado coincide en que hay falencias y existe la apreciación, común a las tres ciudades, que el Ministerio Público no ha cumplido con su parte del convenio, particularmente en relación a la disponibilidad de fiscales y de apoyo psicológico en la atención.

Sin embargo, hay un problema de fondo que tiene que ver con la comprensión de la violencia contra las mujeres, y la violencia sexual en particular, y sus consecuencias sobre la salud que no ha sido incorporado en el enfoque de atención de las Salas. Se opera desde un enfoque biomédico, con una visión parcelada de la salud y de las necesidades de las mujeres, tal como queda demostrado en la falta de relación entre los diversos programas que la abordan; en este caso, entre la atención a la violencia sexual en las Salas, la que se brinda a la violencia intrafamiliar en la atención primaria y la relativa a salud sexual y reproductiva. Esta perspectiva sólo es considerada por la matrona entrevistada en la Sala del Hospital de Base en Valdivia. Es ella quien enfatiza en las necesidades de capacitación del personal en el abordaje de la violencia sexual como tal, y no solamente en asuntos periciales, y en la urgencia de tener una atención integradora. No es menor el hecho que sea una mujer la que detecte estas falencias cuya profesión y conocimientos la harían tener mayor sensibilidad y compromiso con la realidad que afecta a sus pares.

La violación y el aborto, túnel sin salida para las mujeres

Las mujeres en Chile que han resultado embarazadas a consecuencia de una violación nunca han podido interrumpir esa gestación al amparo de una legislación. La disposición vigente hasta 1989 autorizaba “sólo con fines terapéuticos interrumpir un embarazo o practicar una intervención para hacer estéril a una mujer”. Como se señala en capítulos anteriores, hasta 1973 hubo establecimientos hospitalarios, como el Barros Luco, y profesionales que dieron una amplia interpretación a la norma, incluyendo en lo terapéutico consideraciones de salud mental como la violación y la pobreza. Hoy, incluso esa precaria posibilidad está cerrada.

...los grandes problemas de salud pública, independientemente de las ideologías, eran los que primaban por sobre todo criterio. Por lo tanto, yo trabajé en la época en la que existía la posibilidad, que una mujer que se quedó embarazada y que ponía en riesgo su vida por abc razón o bien, producto de violencia sexual, pero también había una puerta muy abierta que era por factores sociales, podía acceder a tener un aborto terapéutico integral previa firma de dos o tres médicos. (Matrona, Valparaíso).

Se tiene en general la percepción que la prevalencia de embarazos como resultado de violación es baja. Sin embargo, tanto el personal de SERNAM como el del sector salud conocían y habían atendido casos: mujeres cuyas parejas las habían violado y niñas violentadas por familiares, y violaciones perpetradas por desconocidos. La atención que ofrecen es apoyo psicológico y jurídico –de acuerdo a la disponibilidad– y derivación a centros privados que acompañan a estas mujeres en el proceso de embarazo y facilitan posteriormente la adopción. Es de público conocimiento que estas instituciones son manejadas por organismos de iglesia, que buscan inculcar en las mujeres resignación y aceptación de la maternidad, que es un regalo de Dios (sic).

Los casos relatados sobre las niñas son particularmente graves, porque muchas veces se trata de violaciones que se han producido en el círculo de la familia, y es esta quién toma decisiones respecto del futuro de ella y del niño/a al momento de nacer, dándolo en adopción o criándolo a su amparo.

Porque era de la pareja con la cual estaba teniendo esta situación de violencia y no quería tener nada que tuviera que ver con él. Ella había quedado embarazada de esta persona... tiene varios hijos, todos sus hijos están a cargo de terceras personas por un problema de índole económico importante, ella no se siente en condiciones de poder mantener a ese hijo... ella planteó que quería abortar, pero también tenía temor de hacerlo porque tenía un embarazo avanzado, estaba muy desorientada en eso. Abí se bicieron las coordinaciones con esta corporación, en donde de alguna manera les dan apoyo, las acompañan y facilitan el tema de la adopción... se le orientó en ese sentido como una alternativa frente a la ansiedad y el problema que ella nos planteaba. (Psicóloga, Santiago).

Tuve el caso de una chica del liceo técnico que fue violada, desgraciadamente la chica llegó muy tarde, ya tenía 20 semanas y yo dije... veinte semanas... no le hacen nada, entonces la única alternativa que quedaba era orientarla hacia que diera la guagua en adopción pero la familia no quiso. Bueno, significó que la niña siguió con el embarazo adelante con todo un trauma horrible e incluso dejó de estudiar, o sea, una vida totalmente marcada, una vida en que, seguramente, no me imagino una relación buena de esa madre con esa guagua que era un trauma. (Matrona, Valdivia).

En el marco de esta investigación se consultó tanto al personal de SERNAM como al del sector salud sobre el derecho de las mujeres de optar por un aborto en casos de violación con resultado de embarazo. Al poner en relación la gestación producto de un hecho violento y la capacidad de decisión de las mujeres sobre continuarlo o no, aparecen como mucha fuerza la amplia gama de percepciones y mitos sobre el significado de ser mujer y el lugar de la maternidad como sentido primario de su existencia e identidad. Están quienes opinan que se trata de un hecho torturante y que la legislación debería posibilitar la interrupción de ese embarazo no deseado. También están quienes defienden la inocencia de ese ser y abogan por su derecho a la vida. Para varios y varias de las entrevistados/as cualquiera de las alternativas resulta en un trauma permanente para las mujeres: el aborto deja una marca indeleble, resarcible sólo en parte con un nuevo embarazo; la adopción, por otro lado, produce una culpa insuperable porque ninguna madre se perdona regalar o abandonar a un hijo/a. Desde esta visión, la mejor opción es apelar al desarrollo del instinto materno que tienen todas las mujeres.

Varias entrevistadas y algunos entrevistados identifican el embarazo producto de una violación como una imposición, un acto violento en contra de la mujer y, desde esta perspectiva, consideran que es un derecho acceder al aborto en estas circunstancias. La necesidad de que esta opción exista también se argumenta desde la calidad de vida que tendría ese niño/a no deseado y las consecuencias para la mujer y el entorno familiar. Hay quienes enfatizan en el problema social que se genera con estos hijos/as no deseados: delincuencia, violencia y drogadicción, entre otros.

La mujer es la que decide... encuentro una terrible negación a ella como ser, estresante, ineficiente y hemos tenido situaciones así y a mí me pone furiosa. (Matrona, Valdivia).

Yo creo que sí, porque tiene que ver con que hay una situación de violencia contra la mujer, no es deseado, por lo tanto yo estaría plenamente de acuerdo en incluir dentro de la causales de aborto terapéutico el embarazo producto de una agresión sexual. (Médico, Santiago).

Considero que es algo por lo que debiera legislarse y que debiera estar como opción para quienes quieran tomarla. Creo que efectivamente se puede transformar en una tortura, en una disfunción familiar importante cuando... porque otras opciones pueden ser tener al hijo y darlo en adopción, pero por lo general siento que es mucho más mal mirado por las mujeres que tal vez hacerse un aborto. Porque dejar al hijo en otro espacio es mucho menos concebible y eso hace que por lo general o los dejan con algún familiar, impidiendo en el fondo que sean adoptados por una nueva familia, lo que implica que el niño siempre va a estar en el déficit, en la carencia de acuerdo a los modelos paternos y maternos, y si no, se quedan con ellas pero con una carga de agresividad importante contra ellos, y eso claramente eso es mucho peor. (Psicóloga, Santiago).

Dentro de los y las entrevistados/as hay quienes manifiestan que esa “personita” no es responsable del hecho violento y que tiene derecho a la vida. En estas posturas se argumenta que es posible, con apoyo psicológico y acompañamiento, que las mujeres asuman esa maternidad y, si no, siempre está la alternativa de dar ese niño o niña en adopción. Esta última no deja de ser una opción conflictiva para algunos y algunas de los/as entrevistados/as pues consideran que para la mujer significará cargar una culpa permanente que puede afectar el cuidado de los otros hijos e hijas, éstos sí deseados o nacidos en otro contexto. Esta posibilidad hace que incluso personas que se declararon contrarias al aborto, consideraran que es mejor que la mujer interrumpa ese embarazo.

...porque es una personita, es una vida que no tiene ninguna culpa de lo que pasó. De hecho en la Granja me tocó atender una persona con un embarazo producto de una violación, en una cárcel. Y para ella obviamente fue muy fuerte asumir que estaba embarazada y su proceso fue doloroso, pero con ella también viví junto con su propia vivencia de dolor y angustia, que esa guagua no tenía ninguna culpa independiente de las condiciones que ella pasó, y ella lo asumía como su hijo que tenía todo el derecho a vivir. (Matrona, Santiago).

...a veces los embarazos que uno piensa que van a ser los más rechazados en la mujer, la naturaleza es sabia, va creando y desarrollando un instinto maternal a medida que progresa el embarazo y en los casos más desafortunados hay una buena relación entre madre e hijo. No te digo que siempre ocurra pero ocurre. (Médico, Valdivia).

Tener un hijo en esas condiciones... es un hijo desde todo punto de vista ya no deseado por su madre, y eso es algo para mí gravitante. O sea, si no lo quiere su madre, es como un destino, no me preguntes... siento que someter a esa mujer a la tortura eterna de tener un hijo que no quiere, y regalarlo y el resto de su vida pasarla ¿qué hice? ¿Por qué lo regalé? Yo creo que es más fácil que lo aborte. Porque eso influye después en los otros hijos, influye en la salud mental... ¿cómo se va a dedicar esa madre a los otros hijos? (Matrona, Santiago).

Algunos de los entrevistados consideran que el derecho al aborto en casos de violación tiene que considerar la edad de la víctima. Si se trata de niñas, la opción debiera existir. En el caso de las mujeres adultas, se pone en cuestión su calidad moral, se da poco valor a su testimonio y se considera que es necesario que el delito de violación sea verificado por un juez. Estas opiniones son las que provocan que muchas de ellas se resistan a denunciar la violencia sexual o se desistan de continuar con los procesos judiciales.

¿Cómo puedo yo demostrar de que esa persona o esa mujer fue o no producto de una violación?, esa es una cuestión legal... yo te voy a contar cosas que ocurren en la práctica... una mujer que dice haber sido violada el sábado o el viernes en la noche, yo la examino el lunes y cuando le estoy preguntando "¿tú tienes marido?": "sí, si anoche tuve relaciones con él", ya y si se embaraza, ¿de quién es?... nadie lo puede saber, entonces por qué vamos a decidir que vamos a interrumpirlo porque fue violada o supuestamente violada, porque a lo mejor no fue violada. Yo tampoco soy el juez, el juez es el que va a decidir si es que fue violación o no, yo no puedo tipificar delitos, yo puedo dar un informe. Entonces no es tan fácil... Ahora es distinto, por eso te digo depende del contexto del manejo, si es una chiquilla de 13 años que prácticamente es su primera menstruación y a lo mejor su primera experiencia sexual fue una violación... por eso te digo me parece tan difícil tomar la determinación de que todas las violaciones se van a aborto, ¿quién va a determinar eso? (Médico, Valparaíso).

¿Te violaron o dejaste que te violaran? Las personas son muy mentirosas. (Médico, Valdivia).

En las opiniones hubo quienes no se manifestaron a favor o en contra del aborto en casos de violación y, más bien, señalaron las falencias de las políticas estatales en torno a la adopción. En estas respuestas, el acento está colocado en la calidad de vida del niño o niña. La decisión de la mujer de asumir o no esa maternidad no es un punto de discusión: si el Estado no facilita la adopción, ella irremediablemente debe asumir su rol de madre.

Ese es un tema que tiene que ser considerado en la legislación dentro de los derechos de la mujer, pero no es un tema médico propiamente tal, no es médico directo porque no atenta contra la vida de la mujer o del feto. Pero existen suficientes argumentos para saber que el futuro que tiene una persona, un ser viviente que nace producto de una violación, las alternativas que tiene de tener una vida de mala calidad es muy alta... la gran pregunta es por qué no coloca los mecanismos para que esa persona asuma la responsabilidad el Estado. (Médico, Santiago).

Debería haber organizaciones que el Estado ampare para proteger a esa mujer que va a tener un hijo no deseado, hogares como en Israel, los kibutz, se me ocurre, o que le dé una subvención hasta que ese niño tenga autonomía y pueda trabajar... porque esa mujer se vio enfrentada a tener un niño no deseado y el Estado le negó la posibilidad del aborto y no le ofrece nada a cambio... es tan engorroso, tan complicado el sistema de adopción, vienen del extranjero a pedir niños en adopción pero el sistema es tan complicado que al final no se hace y esa pobre mujer ahí tiene a su niño. (Médico, Valparaíso).

El reconocimiento del derecho de las mujeres de interrumpir un embarazo en casos de violación es generalizado entre las profesionales de SERNAM; entre los y las entrevistados/as del sector salud, en cambio, hay diversidad de opiniones y está instalada con mucha fuerza la maternidad como algo natural y propio de las mujeres, aun cuando ésta sea el resultado de un acto violento. Existiría mayor apertura cuando se trata de niñas, respecto de las cuales no se pone en duda la agresión y/o se tiene conciencia sobre las consecuencias de esas maternidades precoces en sus oportunidades de desarrollo personal. Estas consideraciones no tienen la misma aceptación respecto de las mujeres adultas.

LOS CUERPOS Y LAS VIDAS DE LAS MUJERES: VIOLENCIA SEXUAL Y MATERNIDAD FORZADA



Quiénes son ellas

Daniela es una mujer de 21 años, de la zona central, vive en el sur hace algunos años. Estudió la enseñanza básica y media en colegios católicos para mujeres. Sus padres se casaron para que pudiera ingresar a estos establecimientos. Tiene una condición económica pobre, a pesar de eso cursa estudios universitarios. Vive con su hijo y su madre, quien es trabajadora temporera; su padre, trabajador minero las visita esporádicamente, tiene una media hermana y un medio hermano por parte de madre. A los 18 años fue agredida sexualmente por un desconocido, resultando embarazada.

Lorena, es una joven de 15 años, de procedencia mapuche y vive en una comunidad. Estudió hasta 8° básico en una escuela rural y espera continuar la enseñanza media en un liceo de un pueblo distante a 20 kilómetros de su casa. Es de una condición económica pobre. Vive con su hija, su mamá, la pareja de su mamá, dos hermanos y una hermana. En su casa no se habla sobre su padre biológico. Su familia practica la religión evangélica y, en su región, existen diversas iglesias para un número reducido de población. A los 13 años fue agredida sexualmente por un familiar 20 años mayor, resultando embarazada.

Patricia es una mujer de 42 años, sureña, con 9 hijos a su haber. Es de carácter afable, transmite frescura e ingenuidad a pesar de su experiencia de vida. Su condición socioeconómica es de pobreza extrema, viviendo parte de su vida en la calle. No conoció a su padre y creció con sus abuelos; al morir su abuela, se fue a vivir con su madre. Al poco tiempo se fue a vivir a la calle escapando del conviviente de su madre quien la acosaba sexualmente. Ha trabajado como temporera, asesora del hogar y en diversos trabajos esporádicos. La violencia sexual es parte de su vida, sufrió una violación en la calle cuando tenía 8 meses de embarazo de su segundo hijo/a y, como consecuencia de la violencia de parte de su pareja, su último hijo es producto de una violación.

Paulina es una mujer de 28 años, casada hace 8. Su condición socioeconómica es de escasos recursos. Fue criada en una familia católica y asistió a un colegio también católico. La separación de sus padres desde muy niña es un tema central en la reflexión de su vida. Se casó enamorada, tiene una hija y ha experimentado dos embarazos con fetos inviables.

Los relatos

Daniela

Daniela fue formada en un colegio católico para niñas, siendo el único lugar donde recibió información sobre sexualidad, con el enfoque religioso y biologicista característico de estas instituciones de educación. En su familia, la sexualidad como tema formativo y de discusión ha sido sistemáticamente omitida. Sólo accedió a información básica que entregaban en el colegio, donde además se preocupaban de mantener el estatus de las alumnas a través de una función controladora.

Videos con lo de los preservativos, las pastillas... siempre en un colegio católico con monjas, pero pasan como guías de en qué se basa el amor, quiénes son los que tenían relaciones o cosas así.

Siempre pendiente en la vida de cada uno de nosotros, cuando nos veían como juntándose con gente que no era del Salesiano o no sé, con personas, niños de la Industrial, nos mandaban a llamar para entrevista, a los papás les decían que si estábamos pololeando teníamos que cuidarnos de los amigos.

Como parte de su proceso de construcción de identidad sexual en la adolescencia, Daniela relata experiencias de amistad con mujeres, que la enfrentaron a los prejuicios sociales existentes respecto al lesbianismo. Sus pares las molestaban, ella se rebelaba y aunque aparecieron las dudas, esta experiencia no marcó aparentemente su sexualidad.

Sólo eso de que andábamos de la mano en el colegio, más por seguirle el juego a las personas, a las mismas niñas que nos molestaban y nos gritaban que éramos fletas y cosas así, entonces lo hacíamos más de pica... para molestar al resto... o sea, siempre nos gritaban cosas, que éramos fletas, que éramos flaites.

Me sentí igual como media confundida, donde estaba siempre con ella, también en ese momento con curiosidad de estar con una mujer.

Es también durante la etapa de adolescente que surgen las primeras experiencias voluntarias respecto de la sexualidad, los primeros pololeos¹⁴⁷, que en este caso se presentan como relaciones basadas en la compañía y la afectividad sin incluir las relaciones sexuales dentro de las prácticas y conductas establecidas tácitamente.

Alrededor de los 18 años de edad Daniela es agredida sexualmente, hecho que reconoce como el mayor hito significativo de su vida. Esta experiencia repercute en la vivencia de su sexualidad y en las relaciones amorosas que establece a futuro, particularmente en la disposición a construir pareja y en la capacidad de entregar y recibir muestras de afecto. Identifica un antes y un después en su vida afectiva y sexual a partir la agresión, se debate entre los impulsos por comenzar una relación de pareja que se prolongue y que le permita sentirse segura y el temor a que no se comprenda lo que le sucedió y a que la dañen nuevamente, por lo que permanentemente rechaza las muestras afecto y compromiso de hombres con quienes se ha relacionado y a futuro no se proyecta en pareja. Esta situación es vivida de manera consciente por ella como una contradicción inmanejable, lo que le genera frustración.

No, si me doy cuenta, porque igual pienso que he querido estar al lado con alguien y no puedo estar con una persona y que termine bien. No sé es que, por ejemplo, ahora la última vez que lo vi no quería que se me acercara, no quería ni siquiera que me diera un beso y por eso le dije siento que no más.

Hasta que sienta como abracitos o cariño o cosas así porque tengo como un rechazo, si me abrazan y pasa un tiempo yo, es que es una cosa inevitable, de hacer así (gesto de empujar)... yo creo que fue a raíz de eso, después de lo que pasó. Es que antes era como

147 El pololeo es una relación donde existe compromiso y amor entre dos personas jóvenes, sin convivencia.

más cariñosa o más preocupada de la persona con la que estaba al lado, pero ahora no es que me dé lo mismo, pero trato de no demostrar tanto afecto o preocupación por la otra persona.

Pienso que tal vez se pueden aprovechar de eso... que puedan jugar conmigo o hacer lo que quieran, que se puedan ir con otra persona, que me duela, que me mientan.

Que no puedan entender que yo no puedo llegar a tener relaciones con esa persona, porque si les cuesta entender ahora que no me gusta que me abracen, que me den un beso, tal vez sea más difícil que puedan entender la otra cosa... igual tendría que estar muy segura de estar con alguien para que me pueda entender y poder contarle lo que me pasó.

Es que son tantas cosas, o sea, me da miedo como agarrarme de alguien o no sé tener relaciones y cosas así, eso me da miedo, me da miedo querer a alguien, no sé porque, eso de querer a alguien... yo a futuro tampoco me proyecto con alguien, me proyecto sola con Cristián y nada más.

Como cualquier experiencia traumática, Daniela quiso olvidar de inmediato la agresión sexual, sin embargo, se vio obligada a revivirla cuando se enfrenta a las posibles consecuencias que pudiera haber tenido ese episodio: embarazo y VIH/SIDA. Su primera reacción es no atreverse ni siquiera a pensar y cerrarse a cualquiera de esas posibilidades.

Cerraba la mente no más, fue como algo malo que me había pasado y que lo iba a borrar; para mí no más, hasta que me di cuenta que estaba embarazada y ahí también me acuerdo que... también pensé en el SIDA.

Producto de la experiencia que marcó su inicio sexual, Daniela considera irrelevante la sexualidad en su vida. A pesar de reconocerla como algo importante en términos generales, ella renuncia a la suya porque se siente impedida emocionalmente. A partir del hecho que la única experiencia sexual que ha vivido fue de invasión a su cuerpo, no ha vuelto a establecer relaciones que contengan la dimensión sexual.

¿Mi sexualidad?... mala.

Encuentro que es importante, pero para mí no.

Daniela siente que la maternidad interrumpió su proyecto de desarrollo personal. Cuenta que intentó retomar sus estudios a la semana del parto y no fue posible, dado que el cuidado del niño era incompatible con tales actividades, debiendo postergar sus planes. Después de un tiempo considerado por ella necesario para estar dedicada sólo al niño, se plantea retomar sus estudios pero a costa de desprenderse de su rol de madre, como ella misma lo dice, comienza su proceso “antimamá”. Para ella, en su realidad concreta, maternidad y proyecto personal no pueden realizarse juntos. Su experiencia distinta le generó desadaptación entre sus pares y el medio donde anteriormente se desenvolvía.

Falté una semana más, después volví a clases y no podía ir porque no dormía en toda la noche, porque lloraba toda la noche... mi mamá lo cuidaba.

Yo le hablé a mi mamá de que me sentía mal, de que no quería volver a clases porque estaba... como que no encajaba con el grupo, que había faltado mucho y ya todos tenían su grupo unido. También la primera prueba que hice la dejé en blanco, no tenía la materia de lo que se hizo y ahí mi mamá me dijo que congelara, y yo no quería congelar pero después cuando me di cuenta que no iba a poder, ahí congelé.

Igual estuve todo el año con él y como de febrero empecé a distanciarme, a salir más, después ya dejé de dormir con él, mi mamá dormía con él y ahí empezó como el proceso antimamá.

Daniela recibió apoyo de su familia cuando les comunicó que estaba embarazada, momento en que comienza a controlarse en el servicio de atención primaria de salud. La repuesta institucional que recibió se tradujo en control pre y postnatal, atención psicológica y la opción de la adopción, luego que ella misma lo planteara como una de las alternativas. Posteriormente, en el marco de acciones de planificación familiar, Daniela, que nunca había usado métodos anticonceptivos, tuvo que probar distintas opciones pues no le daban resultado, entre ellas, el DIU y las píldoras. El temor de su padre ante un nuevo embarazo no deseado era también motivo de la adopción de medidas de prevención, aun cuando ella no tuviera pareja.

Después, cuando empecé a ir con la psicóloga a conversar y todo y allá me preguntaban si era adopción o quedármelo... y ahí igual como que no sabía, pensaba muchas cosas y después como a la segunda vez que fui le dije que me iba a quedar con él.

Tenía dispositivo y se salió, después me dieron pastillas. La matrona me sugirió eso porque si no tenía pareja no iba a estar con una pastilla todos los días y ahora hace como más o menos tres meses ahí me dieron pastillas, hasta que haya hora en el consultorio para ponerme el dispositivo de nuevo... pero no sé todavía, si ponerme el dispositivo, porque si se me salió se puede volver a salir de nuevo.

Porque si llegara a tener pareja y llega a pasar algo... aparte que mi viejo siempre me dice, no me gusta hablar del tema pero empieza al tiro, que te puede volver a pasar lo mismo...

Daniela manifiesta no ser partidaria del aborto, coexisten en ella argumentos aparentemente contradictorios ya que, por un lado, considera que el feto es una persona y, por lo tanto, el aborto es un asesinato y, por otro reconoce que si fuera legal, y por lo tanto seguro, ella se lo hubiera practicado.

Desde el colegio que no estaba de acuerdo con el aborto, o sea, igual se mata a una persona.

No, me da miedo el aborto. Tal vez lo hubiese pensado, o sea sí, claro que si no fuera con riesgos de yo perder la vida o cosas así. En el caso de que el aborto fuera legal. Yo creo que sí, me lo hubiese hecho.

Yo creo que sí, las mujeres debieran poder decidir.

Lorena

Para Lorena, la presencia de violencia sexual a temprana edad marca un antes y un después en su vida, al igual que Daniela. Al momento de ser agredida era prácticamente una niña. De su relato se desprende que ella se encuentra en pleno proceso de asimilación de la agresión, y mantiene aún sentimientos confusos en relación a su responsabilidad en el hecho.

No, o sea nunca pololié con alguien, si nunca llegamos a estar juntos, sino que una vez pasó no más eso.

Es que ya no me acuerdo casi, yo he tratado de olvidarme de algunas cosas... es que a mí no me gustaba él.

Sí, yo quería, como que tenía curiosidad de saber cómo era... no sé si decir que me gustó o no me gustó porque casi no sabía.

En su hogar no se hablaba de sexualidad, sólo se le dijo que se cuidara desde el momento en que tuvo su menarquia. La poca información que recibió sobre el tema provino de la escuela.

¿Desde cuándo?... pasados los doce años, después me empezó a decir, es que yo le dije que me había llegado la regla, la menstruación y abí empezó a decir, mi mamá, me decía que cuando tenga una relación me cuide y que le dijera a ella.

No nunca casi, es que casi no hablábamos de esos temas en la casa, o sea, en el colegio sí. Es que un año estuvimos con toda esa materia de la sexualidad... igual antes sabía pero no tantas cosas.

La imagen que Lorena tiene de lo que es ser mujer y hombre en la realidad que ella vive es aquélla que la circunscribe al espacio doméstico, el que luego de ser madre será el único que podrá ocupar. Esta percepción la construye a partir de los mensajes que le ha transmitido su mamá y de la misma experiencia que le ha tocado vivir.

Mi mami siempre dice que cuando me case... quedan más amarradas así, ya no tienen tanta libertad para salir tanto, tienen que estar cuidando los niños, es que allá donde vivo yo las mujeres son más libres y después cuando están casadas tienen que estar en su casa y ellas hacen las cosas de la casa... La mayoría, o sea, algunas con educación, pero la mayoría siempre se quedan en sus casas no más porque no pueden encontrar un trabajo bueno con un niño también y tiene que estar cuidando los niños.

Ellos salen a trabajar, hacen leña, venden leña, trabajan así en alguna empresa, están algunos de allá que trabajan acá en la celulosa.

La agresión que vivió y su posterior embarazo tuvieron impacto profundo en su vida cotidiana. Una de las consecuencias que más angustia le produce es el aislamiento social que ha vivido posteriormente, generada por el excesivo control que su familia directa ejerce sobre ella como una forma de protegerla y por la discriminación de la que ha sido objetivo de parte de sus pares. Su vida se transformó bruscamente, pasando de ser una niña a cumplir con los roles de madre y dueña de casa en contra de su voluntad, donde las responsabilidades adjudicadas al embarazo y particularmente a la crianza han desplazado a las que fueran sus actividades frecuentes, relacionadas con el estudio, lo cual también se traduce en el potencial abandono de sus proyectos personales.

Igual me da pena no tener amigas como antes. Es que yo nunca tampoco quise que pasara esto. Igual que antes salía más así, me daban permiso para ir donde mis primas así; ahora no, porque dicen que me puede volver a pasar lo mismo y no me dejan salir. Por eso ahora ya no tengo amigas

Mi hermano... dice para que le van a dar permiso para que salga y yo también me aburro de estar todos los días en la casa, y ahora cuando salgo, ahora cuando vine acá a Valdivia donde la tía Carola no más.

No sé porque las chicas a veces las veo, a veces miran en menos.

(¿Te sientes sola?) Sí, a veces sí, porque no tengo amigas, amigos para qué decir.

Tengo que estar todo el día con la guagua, tengo que hacer el aseo.

Bueno el año que pasó no estudié, es que la guagua era muy chiquitita, pero este año sí voy a estudiar.

Al profundizar en la reconstrucción de su relato Lorena comenta cómo ocurrió la agresión, donde queda de manifiesto la premeditación y el evidente abuso de poder que le otorga al agresor su calidad de hombre y adulto frente a la vulnerabilidad de la niña. Las amenazas y presiones constantes para tener relaciones sexuales fueron factores que se conjugaron para que ella finalmente accediera a sus requerimientos. Esto significó para ella que asumiera un nivel de responsabilidad en la agresión, al creer que sí “accedió” sin ser forzada físicamente, por lo que persiste en su relato la necesidad de reafirmar que “ella no quería” y de cuestionarse el haber actuado de esa manera. Distingue las situaciones donde ella habría accedido de aquella circunstancia en que hubo fuerza física de por medio, siendo ésta última como la única situación que Lorena reconoce como violación.

Yo de primera tenía miedo... me daba miedo a veces al quedarnos solos que me molestara... es que me decía si tú no te dejái te puede pasar algo más terrible.

Es que él primero me decía si yo quería tener relaciones con él y yo le decía que no, que no, que no y después el seguía así molestando y llegaba medio borracho a la casa y me tocaba la puerta de mi pieza para que yo le abra y yo no le abría y tampoco no me daba ir donde mi mamá y después fuimos hablando más y ahí pasó eso y creo que fue como ocho o diez veces que pasó a la buena y después cuando yo le dije que no quería, no sé creo que se enojaría, él me agarró y me tomó los brazos y me llevó a mi pieza a mi cama y yo le dije que no quería que no quería, ya y después pasó eso y después me dijo que si yo no quería me iba a volver a pasar eso.

Ese día yo no quise ir al colegio porque teníamos la última prueba del primer semestre y me quedé acostada en mi cama, él salió y llegó como a las 11:00 a la casa y como estábamos solos me empezó a decir si acaso quería hacer eso y yo le dije que no, que no y después yo me fui para adentro y el quedó en la cocina y me fui al comedor para salir para fuera, hacia la otra puerta del comedor, me dio miedo... y el me agarró del brazo y me dijo acaso quería y yo le dije que no y el me tiró para la pieza así y me tiró y eso no es una persona.

Después decía ¿por qué dije que sí?

La familia de Lorena ha impuesto el silencio sobre lo ocurrido, impidiendo con ello que Lorena supere la experiencia y, por otro lado, ha contribuido a la impunidad del agresor y a la naturalización de la agresión. El único espacio donde Lorena ha tenido la posibilidad de reflexionar acerca de lo ocurrido es el de la atención psicológica a la que accedió a través de la red asistencial.

Que ahora ha venido dos veces para acá, ha llegado diciendo algunas cosas y después anda diciendo que para qué lo haría, ahora quería reconocer la guagua, quiere conocerla para darle su apellido.

Le preguntaron a mi mami si acaso yo estaba embarazada y mi mamá le decía que no, y la hermana de él le dijo y si llega a estar embarazada yo creo que esa guagua es del Cato, así debe ser y mi mamá le dice no sé.

No, no hablamos de eso, yo hablo de eso cuando vengo aquí no más, en la casa no, no hablamos de ese tema, no conversamos en la casa así.

No pos, si con mi mamá no hemos hablado. Pero con la tía (psicóloga) hablamos sí, hablamos barto sí, yo creo que ella a lo mejor le ha dicho a mi mami cosas y cuando fuimos a la Fiscalía de San José con mi mamá, la citaron a ella sola y ella vino y me dijo que le habían pasado un papel, una declaración que ella la había leído, pero ella después no me preguntó más cosas.

La maternidad ha sido un proceso difícil para Lorena, impuesta de distintas maneras. Durante el embarazo sentía rechazo y decidió en un primer momento no asumirla entregando a la niña en adopción, pero finalmente cambia de opinión debido a que su familia la persuade y porque en el trámite de adopción las instituciones responsables en primera instancia intentan mantener el vínculo entre madre e hijo.

Se me había ocurrido... es que yo no me creía capaz, yo le dije a ellos y me dijeron que lo pensara bien y después mi mamá tenía todos esos papeles. Fuimos donde la magistrado también acá en Valdivia y después me llegó la hora de tener la guagua y me trajeron para acá para Valdivia y acá en Valdivia me dejaron un plazo, o sea, la magistrado me dejó un plazo y me lo hicieron llegar al hospital que era que yo me podía arrepentir durante un mes, me podía arrepentir de dar la guagua... Después yo le dije a mi mamá, le dije a mi mamá que no la iba a dar y ellos me dijeron que ellos me apoyaban en todo.

No sé es que después me dio pena dejarla sola.

No, me decían si acaso me quería quedar con ella no más, porque mi papá no quería que la dé y mi mami tampoco, me decían si tú querís llegar a tener la guagüita, aceptamos la guagüita.

Mi hermano, yo creo que de primera no la quería, no era idea mía, mi hermano decía que no quería que llegara la guagua para la casa. Es que iba a perder un año de estudiar y él no quería que estuviera la guagua en la casa y mi mamá con mi papá le dijeron que la guagua igual iba a llegar a la casa no más y que si le molestaba tanto, ya era mayor de edad y se podía ir de la casa.

Antes de la experiencia de violencia que le ha marcado la vida, Lorena tenía un proyecto de vida que involucraba estudiar y trabajar, planes que se relacionan con las opciones disponibles dentro de su contexto sociocultural y económico. Ella cuenta de qué manera pretende actualmente llevarlos a la práctica.

Con la psicóloga, la tía Carola parece que ya estaba todo listo para yo ir a buscar las pruebas y estudiarlas en mi casa y después ir a dejarlas al Liceo... cada 15 días creo que es.

Yo quería estudiar parvularia, porque si después estaba con mi cartón de parvularia puedo trabajar ahí donde trabaja mi mamá y después puedo ser la tía o la cocinera de ahí... pero no sé si quiero estudiar ahora eso y tener un trabajo bueno, tener un trabajo que gane plata mensual, que gane buena plata, creo como casi 200.000. De hecho voy a seguir estudiando.

No sé, yo lo que quiero es estudiar y después tener una pega, no me voy a casar tampoco.

Frente al aborto como posibilidad en una situación de violación como la que ella ha vivido, Lorena sostiene que no es partidaria de su práctica por considerarlo un asesinato, aunque al momento de definir si ella hubiera optado por abortar duda y prefiere no responder.

Es malo, se está matando un ser que tiene vida, es que lo que está dentro de una persona también tiene vida, es igual como un asesinato.

Patricia

Patricia es una mujer que ha vivido la sexualidad ligada y aprendida desde la violencia. Siendo niña huyó de su casa, a vivir en la calle, para escapar de los acosos del conviviente de su madre.

Después llegué a la adolescencia de 12, 13 años, me fui de mi casa porque veía mucho interés de mi padrastro en mí y para que no pasaran cosas turbias, oscuras y menos que era el marido de mi mamá y me fui. Salí a andar a la calle. Mi padrastro también era malo con mi mamá, uno veía de chica las cosas malas.

La maternidad es una experiencia central en la identidad de Patricia, tanto es así que su historia la reconstruye en torno a cada uno de los embarazos que ha tenido, son los hitos que marcan su vida. Ha parido nueve hijos/as, a varios de los cuales no ha vuelto a ver por ser calificada por el sistema como indigente y no apta para hacerse cargo de ellos/as, autopercepción que ella también tenía en esa época. Es así como al menos tres de sus hijos quedaron en dependencias del sistema de protección estatal (hogares) o en manos de mujeres importantes en su vida y aunque lo verbaliza como “me los quitaron”, a lo largo de su relato transmite resignación.

Yo llegué al hospital con mi hijo en mal estado, no se le notaba su potito a esa edad, tenía un mes recién, estaba desnutrido, no lo tenía registrado tampoco. Ahí quedó mi hijo mayor. Me lo quitó el hospital porque yo andaba por ahí sin bogar, sin tener dónde vivir con él, estaba chiquitito, tenía un mes.

Mi hija tiene 20 años, en 20 años no la he visto, esa es mi hija que tiene mi mamá.

Con ella viví algo parecido a mi hijo mayor; andaba durmiendo por ahí por las playas, en todas partes, yo con mi hija. Él me la quitó por juzgado, le dio el apellido y me la quitó. La de 15 años me la tiene esa familia también.

En la actualidad, su maternidad también se ve atravesada por la permanente violencia en que vivía con su marido. Patricia relata haber mantenido la relación en parte por sus hijos, considerando que necesitaban a su padre, anteponiendo así la maternidad a su propio bienestar y seguridad. La relación con una de sus hijas en particular ha sido problemática dada la dependencia de la niña con la figura paterna, a pesar de la violencia explícita contra Patricia.

Me arrepiento de no haberme arrancado antes de las garras de él, por miedo no lo hacía, por mis hijos para que tuvieran a su papá cerca también, porque ahora, al menos mi hija mayor, sufre por no ver a su papá y anhela el día en que lo pueda ver, pero yo no puedo llevarla.

Cuando era chica igual me decía que yo no quería a su papá, que yo lo echaba, porque yo siempre lo echaba, una vez lloraba en el patio porque yo lo eché y los niños lo veían y ahí como que se enojaban conmigo porque yo lo echaba, a veces lloviendo lo echaba pa'l patio, yo le cerraba la puerta y la Paola se la abría.

Al preguntarle por el uso de métodos anticonceptivos Patricia cuenta que ha intentado variados métodos, los cuales evidentemente no han sido eficaces y no obtuvo respuesta del servicio de salud cuando solicitó una esterilización definitiva.

Él me compraba pastillas, pero mi mamá no sabía. No quería tener hijos, antes de los veinte no. Se cuidaba él y yo. Ahí había sentimientos serios, pero yo fui como algunas muchachas que no cree en las cosas buenas.

Ahí empecé, me puse un tiempo un dispositivo pero no andaban conmigo tampoco, las pastillas las vomito, la T como que se me soltaba... intenté varias veces operarme pero no me resultaba, no me daban respuesta.

Con el de ahora, tuve cinco, porque los otros son de padres distintos. Porque yo tengo esa dicha de quedar como se dice blanca para quedar embarazada, con muy poco yo quedo embarazada.

En el relato de Patricia la violencia sexual es transversal, desde niña tuvo que defender su cuerpo y sexualidad de los acosos del padrastro y luego aprendió que podía ser una moneda de cambio en su lucha diaria por la sobrevivencia. Ella reconoce dos violaciones en su vida; la primera fue cometida por un grupo de hombres que vivían en el mismo sector donde ella habitaba, cuando se encontraba embarazada de 8 meses de su hija que ahora tiene 18 años. La segunda violación fue en el marco de su relación de pareja más larga, padre de 5 de sus hijos/as.

Para dormir yo tenía que hacer cosas que... usted se imagina, para tener un techo, para no joderte de frío o de hielo en el invierno.

A mí me iban a llevar para el lado de un río y capaz que ahí me hubieran matado, andaban con linchacos, cortaplumas, yo estaba embarazada de mi hija de 18 años,

tenía 8 meses, se me notaba pero a las personas drogadictas no le importaba eso, se drogaban con neoprén, ahí me vi pasaíta para la muerte... cuando ponían el linchaco, te ponían la cortapluma, sentías la punta o te pasaban la cortapluma en la guata, era terrible, así me hacía Jorge, ahí me acordaba de eso, era la misma cuestión. Lo único que pasaba en silencio, lo otro fue en una calle, en pleno público, nadie se metía porque al verlos hacer una cosa así en grupo... pasaron dos personas en ese momento pero no se metían porque no es posible meterse en una cosa así.

La relación con el padre de 5 de sus hijos/as fue violenta gran parte de los años que estuvieron juntos y era constantemente obligada a mantener relaciones sexuales, pero ella sólo las reconoce como violaciones al final de su relación. Compara los recuerdos e identifica similitudes entre la experiencia callejera y la de su propio hogar, aunque cree que la agresión por parte de su pareja es más grave.

Fue una violación, esa fue una violación como es violación en la calle. La otra es violación con tu pareja, es distinta.

La violencia que vivió Patricia en su relación de pareja era extrema y constante. Los insultos, las humillaciones, las amenazas eran cotidianas, en presencia de los/as hijos/as. Ella respondía también sus agresiones como mecanismo de escape y defensa propia, cayendo en una espiral de violencia difícil de detener. El dinero fue también un terreno de disputa. Patricia se hacía cargo de cubrir las necesidades básicas de sus hijos/as, mientras él sólo se preocupaba de conseguir droga a toda costa, robándole y vendiéndole sus pertenencias y provisiones. Explica que sentía la carga de mantenerlo a él además de sus hijos. Frente a sus reclamos él le respondía que se prostituyera para conseguir dinero.

Es que lo de infancia no fue realmente tan malo como fue con este chancho, cuando me casé mal se acabó todo, me sentí una esclava con él.

Porque a mí también me daban los monos, lo pescaba y lo mandaba a la pared, un día rompí la pared con él, le corté la mano porque era demasiado por lo que estaba pasando.

Me gritaba de una esquina a otra, la población entera escuchaba las cochinás de él... cara dura sacaba mis cosas y las vendía... yo le gritaba que no vendiera las cosas, me decía "sí querís... anda y presta la ...", o "anda a pararte a ...", tenía que llegar con algo para él, él era primero, después los niños y después yo. Yo a los niños no los dejaba que les faltaran las cosas, pero llegaba él y era un terrible hambriento, no ve que eso es lo que les pasa a los volaos, llegan con un diente, se comen hasta... todo lo que pillan.

Yo trabajaba, yo compraba todo, yo mantenía mi casa, pero era en vano porque yo llegaba, ganaba buena plata en la pega que tenía, pero al otro día despertaba y no había nada, vendía todos los víveres, las cosas del baño, todas las cosas de aseo también, la ropa de los niños, vendía todo, todo lo que pillaba, te quitaba la plata.

La vida de Patricia estaba en permanente riesgo. El agresor ocupaba múltiples estrategias para amedrentarla, la intimidaba con armas blancas –tal como lo habían hecho sus anteriores violadores–, amenazaba de muerte a una de sus hijas mayores y a su madre afectiva y hasta la amenazaba con su propio suicidio, transfiriéndole la responsabilidad sobre la decisión. La impotencia se

apoderaba de ella y al no ver otra salida, pensaba en la posibilidad de matarlo en defensa propia y como única forma de ponerle fin a la tortura que vivía.

Se paseaba delante de mí y de los niños con cuchillo en mano o se ponía el cuchillo acá atrás y se ponía a pelear, a discutir conmigo. En la noche no dejaba dormir, te cuidaba igual como te cuidan los gendarmes siempre con el arma en la mano, me obligaba a todo, los niños veían todas esas cosas, nunca vieron cómo me violaba sí, cuando me pegaba, todas esas cosas ellos vivían.

Es que cómo evitar que te lleve las cosas, que te durmieras y te las sacaba, al otro día despertaba y no estaba el balón de gas, no estaba el regulador, la mercadería, las cosas del baño, ¿qué haces?, discutías con él, te pegaba, te sacaba la mierda y más encima te violaba. ¿Puedes hacer algo?, no vas a esperar que te mate o te entierre la punta que me pasaba por todos lados.

Me amenazaba con mi hija de 15, que si lo denunciaba, él la mataba, quemaba la casa, a mi mamá también.

El año que pasó, ya era salvaje, de armas, tenía que como obligación estar con él, primero te torturaba, maltrataba psicológicamente, tantas cosas ordinarias, después te ocupaba y después que te ocupaba, no servías ni para puta ni para nada... Era para matarlo ahí mismo.

En relación a la evaluación que Patricia hace de las instituciones a las que acudió múltiples veces solicitando ayuda, tiene diferentes opiniones acordes también a las distintas situaciones por las que ha pasado. Hubo impunidad en el caso de la primera vez que fue violada, realizó la denuncia, identificó a sus agresores guiando ella misma a Carabineros a la casa de cada uno de ellos, pero sus familias la perseguían para obligarla a retirar la demanda y finalmente ésta no tuvo resultado. En relación a su ex pareja, ante las reiteradas denuncias que interpuso por violencia, los tribunales no fueron eficaces frente a la negativa de él para presentarse a las citaciones, con la consecuente sensación de impunidad acumulada respecto a la aplicación de las medidas precautorias. Su opinión es que hubo mayor efectividad al momento de realizar la denuncia por el último episodio de violencia que incluyó violación, siendo encausada por violencia intrafamiliar severa. Marca una diferencia entre este último procedimiento y los anteriores, la rapidez en la coordinación entre las instituciones y las medidas dictadas por el fiscal.

...igual tenía que esconderme... me seguían, la familia de ellos para que retirara la demanda, yo misma los fui a buscar casa por casa con la policía sí, los conocía... Después a estos cabros los soltaron, esa vez tomaron a los cabros presos pero... ahora no, ahora actuó directo, más acción como se dice, antes no fui al juzgado, fui algunas veces pero no hablé en el momento con un fiscal como lo hice ahora con el fiscal Martínez que hablé en la misma noche, reaccionaron en el momento.

El 2004 me separé 5 meses por lo mismo, por la droga. Abí él me echó a la calle con mis hijos, también llegó a tribunales y se negó a ir a ninguna citación, por esa rebeldía también tiene que pagar ahora... Nunca se dio que lo tomaran preso, siempre anduvo fugado, siempre se escondía de la justicia para que no lo atraparan. Se arrancaba, nunca asistió a las citaciones del juzgado.

Yo hice la denuncia, fuimos a careo, le exigieron que no se acercara a mí a más de 100 metros, y después dieron una carta de carabineros para que me vigilaran... fue una vez al año que pasaba carabineros por el lado de la casa, como dos veces, más no.

En otro ámbito de la respuesta institucional, el único donde se aborda de alguna manera el embarazo no deseado de Patricia, la intervención se limitó a persuadirla para que lo aceptara, aun cuando ella manifiesta rechazo durante gran parte de la gestación. Explorando sus sentimientos durante ese período, es interesante cómo ella representa su cuerpo ante la violencia, como si quisiera que se cerrara al paso del agresor y de sus espermios. Ella no entiende cómo quedó embarazada si fue obligada, ambas cosas no serían compatibles.

Me ha costado mucho aceptarlo sí... no quería aceptarla la embarazará... por el hecho de que mi marido me dejó embarazada a la fuerza y a hacer cosas asquerosas sin mi voluntad, igual quedé embarazada... No quería tenerlo, nada con la guagua, acá me convencieron, les costó harto también convencerme que lo tuviera... esta guagua no tiene la culpa de venir al mundo así, pero igual terrible tener una guagua así, que pase esto.

Actualmente Patricia proyecta su vida y su maternidad sin pareja. Se plantea un cambio en su vida, no volver a la calle, trabajar y centrar sus energías en sus hijos/as. Tras revisar el recorrido que hace Patricia sobre su vida, es importante dar cuenta de la mirada que hoy tiene en cuanto al impacto que la violencia ha tenido en ella, la posibilidad de reparación es lejana y la imagen que tiene de sí misma se encuentra muy dañada.

Ahora me tengo que hacer la idea de ser más que mamá, porque hay que dejarlos solos o encargados con otra persona para poder salir a trabajar, es un poco más duro... y voy a tener que estar menos con ellos para darles un poco más. Voy a tener que estar pa allá, p'acá, ir al jardín, ir a buscarlos a la escuela, trabajo, andar corriendo, va a ser mi historia, mía no más, sin ayuda de una pareja, no quiero criar mis hijos con una pareja.

Yo quiero criar a mis hijos con mi esfuerzo. No quiero que les dé otra persona, que los venga a alimentar ni nada, a cambio de acostarme con una persona para criar a mis hijos, no, si pasara eso, tener una persona para mí pero no para que me críe los hijos, afuerita no más.

Realmente uno no se olvida de las cosas que ha pasado, aunque estés en tratamiento, te tranquilizas sí, pero no se te olvidan las cosas.

Paulina

El relato de Paulina es diferente a los anteriores en tanto su embarazo no es producto de violación, sino que se produce en el marco de una relación de pareja bien evaluada por ella misma.

Paulina nos cuenta que su iniciación sexual fue después de los 19 años, con su actual y única pareja, desde un principio la responsabilidad sobre el control de la reproducción fue compartida y producto de la toma de decisiones. El inicio sexual se produjo cuando consideraron que habían alcanzado cierta estabilidad como pareja. También relata Paulina que su vida sexual en pareja

es feliz, considera que no existen prejuicios ni temores que inhiban la comunicación. En relación a lo que sucede actualmente, la experiencia de los embarazos inviables que ha vivido han invadido su sexualidad. El temor a un nuevo embarazo ha causado distanciamiento.

Yo lo conocí a él a los 19 años. Cuando veíamos que era como todo más estable, abí yo empecé a... bueno, de hecho la primera vez yo no estaba tomando pastillas pero sí se cuidó él y abí decidimos que yo me tenía que cuidar pero igual yo era mayor ya.

Es relativo, a veces yo tomo la iniciativa o como puede ser él; a mí no me da nada despertarlo a las 4, 5 de la mañana y como te digo tener yo la iniciativa, yo creo que nos complementamos súper bien, porque si bien hay muchas formas de tener una relación sexual es como que estamos tan conectados que no tenemos que decirnos “en ésta”, no, como que nuestros cuerpos se van dando movilidad solos, en ese sentido soy súper feliz... y cuando yo no quiero, no quiero, tengo esa personalidad para decirlo y nuestra relación da para eso.

Hace poco estuvimos pasando por un momento que igual no nos relacionábamos como pareja porque, primero desde el embarazo, bueno éste embarazo como vi que traía problemas y todo, es más que nada un cuento psicológico, dejamos de tener relaciones cuando yo tenía como 5 meses y de abí hasta ahora, que lo tomamos hace muy poquito, también es una cuestión psicológica por el temor de quedar embarazada. Ese era el miedo que tenía y por eso no nos habíamos acercado sexualmente, pero ahora no, ahora es diferente, antes de que me pasara todo esto era una relación normal, si hablamos de veces, como 4, 5 veces a la semana...

Explorando otro campo en la vida de Paulina, ella relata diferentes momentos de lo que ha sido su relación de pareja. En ese recorrido, ella evalúa las conductas de su padre y su madre en cuanto a sus roles parentales, la influencia de la cultura y el discurso del colegio en sus aprendizajes respecto a los hombres, las mujeres y las relaciones entre ambos. El rol que le asigna a su pareja dentro de la relación y el lugar que ella misma ocupa.

Mi papá tenía muchas pololas, yo le conocía muchas pololas, como te decía mi papá era tan inmaduro que él por darme una seguridad y una familia a mí y a mi hermano nos pedía que a cada polola que él traía a la casa que le dijéramos mamá... o sea, estaba súper mal y de hecho eso a nosotros nos afectó mucho... él después finalmente cuando yo tenía 9 años, él encontró una pareja que es la pareja que tienen hasta ahora, que es una mujer excelente y de ese matrimonio, bueno ellos no son totalmente casados, viven juntos.

Cuando yo era chica toda la culpa la tenía mi mamá, de la separación, del abandono, de todo. Cuando iba a Iquique a ver a mi mamá, toda la culpa la tenía mi papá por el que ella se baya ido, por todo, por el fracaso matrimonial... hasta que un día los enfrenté a los dos juntos y les dije que a mí no me interesaba quién había tenido la culpa pero si tú, le dije a mi papá “tú dejas a mi tía Jacque –que es su esposa– tenlo por seguro que voy a pensar que fuiste tú el que fracasó en el matrimonio con mi mamá y vas a dejar a otro hijo pasando por las mismas condiciones que nos hicieron pasar a nosotros”, a mi mamá también se lo dije, “tú siempre tienes que estar con tus hijos –con los de su segundo matrimonio– no los tienes que dejar por nada del mundo, no los bagas pasar a ellos lo que nos hiciste pasar a nosotros”.

Igual conmigo fueron súper restringidos con los permisos, si yo a los 18 años dije ¡yo ya cumplí los 18 años así que voy a salir y voy a llegar a las 5 de la mañana!, “¡tai más local!” me dijeron “¿y para dónde vas?”, ¡yo sabré! Y salí no más, es que yo siempre he sido bien pará de la bilacha... y llego y mi tata estaba abí en la puerta y me dice... “tírame el aliento”, mi tata fue policía, eso es lo más... era súper recto, estricto con nosotros, bueno conmigo, con mi hermano no, con él fueron más relajados.

La maternidad para Paulina tiene un valor fundamental en su vida, tanto la que ella ha desarrollado como la de la persona que “le dio la vida”, a pesar de no haber sido criada por ella. En cuanto a su propia maternidad, más allá de la concepción de familia que corresponde a una nuclear, con hijos/as, para ella no estaba en sus planes formar familia en el momento de su primer embarazo, el que no fue planificado y por el contrario prevenía el embarazo utilizando píldoras anticonceptivas. En un cambio de método resultó embarazada.

Yo nunca he juzgado a mi mamá por lo que hizo porque no soy quién para hacerlo, yo quiero mucho a mi mamá por ser la mujer que me dio la vida, porque igual yo entiendo que ella haya tenido muchos problemas... En ningún momento yo le reproché o le dije ¿por qué nos dejaste?, no al contrario, creo que todas las personas se merecen oportunidades.

No, estaba fuera de nuestros planes, porque yo primero quería terminar mis estudios, que nos saliera el departamento, trabajar un par de años y después pensar en la familia, pero esos planes no nos resultó, no fueron así y quedé embarazada... le empezamos a comprar ropa, a los 6 meses tenía todo listo, iba a cumplir los 7 meses y yo le digo al Óscar, “Óscar sabes qué, me quiero hacer una ecografía”, porque quiero saber cuánto mide, cuánto va a pesar, qué lo que es... nos fuimos con esa ilusión de ver cómo estaba.

Paulina es usuaria del sistema público de salud, lo que determinó la tardanza con que se hizo una ecografía para conocer el estado de su embarazo. Desde el momento en que conoció el diagnóstico de inviabilidad fetal, Paulina vive un proceso emocional fuerte en que se combinan los sentimientos de dolor, frustración y resignación, así como también algo de esperanza sustentada en su creencia religiosa. Este último aspecto es fundamental para aceptar la situación por la que atraviesa. El apoyo y el acompañamiento de su pareja es también un factor importante en este proceso.

Y el cuento es que llegamos allá y el doctor me empezó a hacer la eco y yo le preguntaba y noté algo extraño en el rostro del doctor y yo le pregunté “¿pasa algo?” y no me contesta, ah dije yo, algo está pasando y paró de hacerme la ecografía, se sentó y me dijo “mira, tu guagüita viene con problemas, trae poliquistosis renal”, yo no sabía lo que era eso... me dijo “yo creo en Dios y nada más que un milagro lo puede salvar”, cuando me dijo eso, yo ya sabía que era cero posibilidades de vida... obviamente salí destrozada de la eco, fue así como un balde de agua fría porque primer hijo... teníamos todo, todo, todo para los bebés, basta la cosita para sacarle los moquitos, para cortale las uñitas, todo... y la cosa es que cuando supimos –porque fui con Óscar– salimos de ahí destrozados como te digo, por qué estará pasando... me decía Óscar, “no, a lo mejor se equivocó”, siempre buscándole, como evadiendo la realidad más que nada. Al otro día, llegamos a la casa y les contamos a todos, todos sabían que nos íbamos a hacer la ecografía, mi familia es súper unida.

cuando nació, como te digo parto normal, pesó 2.700 gramos. Midió 51 centímetros pero fue precioso para mí ese momento, fue el más lindo, el sentir que yo lo... es que es como... no encuentro la palabra, pero el saber que yo en ese momento daba vida, pero desgraciadamente es vida no iba a durar mucho, pero para mí fue el momento más lindo, daba pujos para que él saliera, yo disfruté mi embarazo y podrá parecer loco pero disfruté el momento del parto también a pesar que tenía los dolores pero... no sé, en el momento que nació se terminó todo... se terminaron los dolores, la ilusión, el hijo, todo... porque más que nada, él dentro mío estaba vivo y nosotros sabíamos que en el momento que él saliera ya no iba a estarlo, la cosa es que igual, bueno para las personas que desean hijos fue doloroso para nosotros su ida...

Transcurridos dos años desde el primer embarazo, decidieron nuevamente tener hijos/as. Ésta vez buscaron apoyo profesional para enfrentar el embarazo en mejores condiciones e intentar prevenir lo sucedido. Apelaban además a las probabilidades y los avances tecnológicos. Este embarazo, a pesar de la incertidumbre permanente instalada por la experiencia anterior, fue exitoso.

Mi embarazo fue bueno entre comillas, porque estuve muy tensa por el miedo a que pudiera pasar lo mismo; no disfruté mi embarazo normal, traté sí de hacer lo mejor..., ponía música de relajación, me daba duchas largas, le ponía música y le hablaba a la Carolina para que ella escuchara las ballenas, es un CD precioso que tengo por ahí... para que ella no recibiera mi tensión, traté y me esforcé lo más que pude en el embarazo para no hacerla sentir mal a ella...

En su tercer embarazo se repite la situación de inviabilidad fetal, lo que es asumido por Paulina, a partir de su ideología cristiana, con resignación y haciéndose cargo permanente de evitar el dolor a sus familiares cercanos e incluso a su pareja, debiendo ahogar sus propios sentimientos. Se impuso transmitir fortaleza permitiendo a los demás descansar en ella, lo que termina afectando su relación de pareja y a ella misma por la fuerte carga emocional que deben sobrellevar. En esta oportunidad la información sobre la inviabilidad fue más temprana, por lo que también fue más prolongada la espera a que llegara el término del embarazo.

Le dije a Óscar "si su tiempo es corto con nosotros démosle lo mejor en su poquito tiempo que tiene con nosotros". También traté que fuera un embarazo lo más normal, lo más tranquilo, pero también obviamente tenía ese miedo de pasar nuevamente por la pérdida y ¿qué hice?, yo preparé a mi familia, incluso al Óscar, le dije "Óscar, no hay que hacerse ilusiones con el bebé, aunque suene frío porque sabemos que no es para nosotros" y se lo dije tantas veces que Óscar que es un muy buen hombre, muy buena persona, pero en el embarazo él no me hizo cariño en la guata, no me trató como una mujer embarazada, por lo mismo, porque yo se lo metí tanto en la cabeza que él como que no cumplió ese papel de papá como con nuestro primer hijo. Bueno ahí supimos al final y con mi familia también, yo les daba fuerzas a los demás, les decía, tenemos que ser fuertes, tenemos que pedirle a Dios que nos de fortaleza porque es lo único que nos va a mantener... Para tratar de que para ellos no fuera tan doloroso, pensé en los demás y no pensé tanto en mí...

Al mirar en retrospectiva, Paulina hace un recuento sobre cómo se produjo cada embarazo y su visión acerca del futuro, preguntándose sobre los deseos de intentar nuevamente tener más hijos/as. En esta perspectiva ella establece las prioridades en su vida, su hija y sus otros/as posibles

hijos/as son lo trascendental, mientras que su pareja aparece en un lugar secundario de acuerdo a la importancia que ella da al rol de madre y al de esposa. Primero madre, después esposa.

...ahora lo que nos toca, lo primero que tenemos que hacer son los exámenes genéticos y justamente ayer estábamos conversando eso, que Óscar me decía, “¿sabes qué?, yo tengo ganas de intentarlo de nuevo con otro hijo” y yo siempre he sido de la idea que tenemos que volver a intentarlo, más que nada para no dejar a la Carolina solita...

No es que me crea autosuficiente, pero... obviamente sufriría porque estoy enamorada de Óscar, pero yo creo que no lo es todo, ahora, porque para mí ahora primero es mi hija. Yo después... (risas), sinceramente está mi hija primero.

Paulina considera que la atención que ha recibido de parte del sector salud es negligente y de desprotección en relación a la escasa información recibida sobre los problemas fetales y los efectos sobre su propio cuerpo y a la desconsideración de su especial estado en el momento del parto, ya que recibió el mismo trato que cualquier otra mujer parturienta. Sin la información adecuada sobre el procedimiento y los riesgos, sintió temor frente a las consecuencias de tener a su hijo muerto dentro del cuerpo, pues la intervención no fue inmediata. Respecto a las consecuencias emocionales de haber cursado a término dos embarazos inviables, Paulina fue derivada a atención psicológica, a pesar de considerar que fue un apoyo, la interrumpe por no poder asistir a la terapia con su hija y actualmente se encuentra tomando antidepresivos otorgados por el médico pero sin apoyo terapéutico. Ella relata que continúa esperando una respuesta a lo que ha pasado con sus embarazos.

Pero sí vi mucha despreocupación. Lo que espero de los doctores es que me den el por qué, por qué se presenta el Potter, por qué se presenta la anencefalia, por qué, de eso yo nunca he tenido ninguna repuesta, es preocuparse de esos casos porque uno siempre se pregunta, qué sé yo, del embarazo de la Carolina como te digo fue súper tenso porque yo dije a lo mejor fue que comí esto o esto otro, o esto no lo puedo hacer... es el preocuparse de las cosas que uno hizo o no hizo durante el embarazo fallecido, mis dos embarazos. Es eso lo que yo espero, que me digan por qué.

Yo lloré mucho porque estaba viviendo en el momento a fondo y en ese momento a mí no me servía una psicóloga... De hecho que no vieron mi lado psicológico y lo que iba a pasar más adelante o lo que yo ya había pasado. Porque abí todos sabían mi historial, que ya venía con otro hijo fallecido, pero simplemente como no estaba pagando -porque ahora todo lo pagado es rápido- no así los hospitales, para que andamos con cosas, tú llegas al hospital, te tiran a una cama si es que hay camas o, si no, te mueres si es algo grave, si tú no pagas, te mueres.

Paulina considera que el aborto no es una opción para ella; en su primer embarazo no fue una opción antes de saber sobre la inviabilidad del feto y cuando supo ya era muy tarde, en el segundo embarazo complicado, al momento de enterarse a temprana edad gestacional sobre la inviabilidad del feto, relata haberlo considerado por un momento, pero la culpa que le origina su religión la obligó a desechar la posibilidad de abortar. Dentro de su perspectiva sobre el aborto como un derecho de las mujeres, ella vislumbra la posibilidad cuando se trata de embarazos como resultado de violación, aunque antepone elementos de prevención que pueden evitar llegar a practicarse un aborto, como sería el caso de la anticoncepción de emergencia. Otro elemento que

aparece en su relato en torno al aborto es el temor a las posibles complicaciones, supone que en sí misma es una práctica riesgosa para la vida y la salud de la mujer.

Yo en ese momento lo pensé, fue por una milésima de segundo y me sentí tan culpable al salir de la consulta, me sentí culpable en el sentido de haber pensado en abortar un hijo, en eso me sentí culpable, porque bueno, no es menor, el aborto también tiene sus riesgos y es un hijo, a eso voy yo, yo voy al hijo, más que pensar en mí, pensar en que es algo, es alguien, es parte de nosotros del amor que nos tenemos con Óscar.

Sí, he pensado mucho en los casos de las niñas violadas, debe ser horrible, terrible, pero está hoy en día la pastilla del día después, que dicen que no es abortiva, si bien no dejan que no siga la procreación, que el embarazo siga su curso, es como que lo frenan antes de... Yo creo, y lo pensé también, es el tema de un psicólogo o una psicóloga.

Cuando el doctor me dijo, Paulina, me dijo, hay un pequeño gran problema, no se le cerró su cráneo. Y yo ahí le pregunté si el embarazo iba a seguir. Él me dijo que sí, por el cuento que no estaba permitido el aborto terapéutico, y por lo que yo sé igual un aborto tiene sus complicaciones, tiene sus riesgos, someterme a un riesgo yo no lo haría menos en estos momentos que tengo una hija, que tengo una familia y no puedo llegar y decir "ya me voy a hacer un aborto porque este hijo no lo quiero" o qué sé yo, porque siento que puedo dejar a mi hija y a mi esposo solo.

Ahora, si estuviera el aborto terapéutico ahora que sea legal, ahí va en la decisión de cada persona. En mi caso, si el aborto estuviera en la ley y yo vuelvo a pasar por lo mismo y me lo diagnostican a los 3 meses y si me dice un doctor "sabes qué te podemos hacer un aborto terapéutico para que no vuelvas a pasar por lo mismo", de hecho yo no lo voy a hacer. Porque siento que el tiempo que esa guagüita puede pasar conmigo sería el tiempo que sólo Dios nos dio para estar juntos y darle lo mejor el tiempo que estemos juntos.

Finalmente, dentro de las experiencias de vida de Paulina, la violencia tampoco ha estado ausente, aunque en su caso las experiencias no representan el trauma y el impacto que hemos visto en los anteriores relatos. Ella reconoce en su relato dos agresiones sexuales, la primera de ellas por un desconocido en la calle y la segunda por un familiar en un contexto íntimo.

Me pasaron tantas cosas, sí, en dos oportunidades, una fue en Iquique y la otra acá en Valparaíso, yo creo que fueron intentos de violación. En Iquique yo estaba con mi mamá y cuando me iba a una disco, tenía 16 años, me iba a juntar con unos amigos para ir a la disco y para aborrar plata y todo, caminé y me fui por el lado más penca yo sola, es como el cuento del lobo, para hacerla más corta... por el frente de la calle venía un tipo y se me acercó y yo sentí que algo me iba a hacer y me pescó y me tiró contra la pared y me empezó a manosear: yo no sé cómo pesqué un zapato, no sé si le enterré un taco en el ojo o en la mejilla, no tengo idea, pero Dios me puso a dos ángeles y sabes tú que venían dos personas, dos hombres y si bien, yo más miedo podría haber tenido, no sé, quizás podrían haber estado con el otro tipo y yo grito "¡Pablo!" y el tipo que me estaba forcejeando sale arrancando... yo a los gallos no los conocía y el tipo me queda mirando me dice "te estaba pasando algo" y yo lo quedé mirando con cara de asustada, temiendo que me fuera a hacer algo él también, me subí a un colectivo y

llegué donde tenía que llegar. Me dio miedo devolverme, me dio miedo que mi mamá me viera así asustada y me fui a juntar con mis amigos.

Un día yo estaba viendo tele en la casa de ellos y entró el hermano de mi tía, se acostó al lado mío, hacía mucho calor y andaba sin polera, yo estaba sentada en la orilla de la cama, él ahora debe tener como 50 años, la cosa es que yo sentí que lo que estaba pasando no estaba bien, si bien él nunca me tocó nada, pero ya el hecho de que me dijera que le hiciera cariño, no me dijo en ninguna parte específica, ya eso para mí no estaba bien y yo sentí que pudo haber pasado algo más y me fui. Nunca más fui a la casa de ellos. Fueron muy pocos minutos... fue un daño psicológico, quizás no físico, porque uno queda con el miedo a las personas, con el miedo a que te vuelvan a decir qué sé yo, hazme cariño...

Una mirada transversal a los relatos de vida

Sexualidad

La violencia sexual es constante en la vida de las mujeres. Las historias de mujeres que han sufrido una violación ya vienen marcadas con experiencias de abusos, acosos, aprendiendo desde muy niñas que tanto la valoración social como la condena social se expresan en la forma como ellas vivan su sexualidad. Para todas estas mujeres la sexualidad no es hoy una experiencia importante, menos placentera. Cuando se miran a futuro, cierran las puertas al amor y la sexualidad. Estas percepciones sobre su sexualidad son resultado de la agresión que sufrieron y también, de la continua violencia a la que son expuestas socialmente al ser forzadas una y otra vez a vivir algo por lo cual no optaron. La maternidad ha sido forzada y su vida sexual castrada por la sobreprotección de la familia y la culpabilización que implícitamente les atribuye. Las mujeres agredidas sexualmente son estigmatizadas.

En el caso de mujeres que han sido violadas, llevan en su cuerpo las violencias más profundas que este sistema genera en contra de las mujeres. La posesión e invasión de sus cuerpos y de sus vidas, sus cuerpos al servicio de los hombres y de la sociedad. Es profundamente significativo en sus vidas que ellas mismas sean quienes deban cargar con las consecuencias de la agresión.

Maternidad

La maternidad cruza la identidad de todas las mujeres y es central en la autopercepción que tienen de ellas mismas, así como de los elementos que tienen para vivir la vida. Las mujeres que han tenido una maternidad forzada producto de haber sido agredidas sexualmente viven un proceso de aceptación de su realidad, fuertemente presionadas por la familia y la institucionalidad pública. Así, el primer impulso de detener el embarazo no deseado por intermedio de un aborto o de no asumir la maternidad no deseada a través de la adopción, se diluye frente a las nulas alternativas que se le presentan de tomar una opción distinta a la dictada socialmente. De esta manera, la violencia a la que son sometidas estas mujeres desde su infancia en el plano

sexual, es perpetuada en otros aspectos durante su vida: reiteradamente se les niega el derecho a decidir sobre sus cuerpos y sus vidas.

En la otra experiencia, que se centra en el curso de un embarazo cuyo feto es incompatible con la vida, la maternidad es voluntaria, está dentro de los planes de la mujer. Sin embargo, su forma de ver y vivir la maternidad hace que sea la experiencia identitaria central en su vida, descuidando otros aspectos de su desarrollo como persona. Acepta la abnegación y el sacrificio como parte de lo que le corresponde asumir como mujer dentro de un imaginario social donde la maternidad es considerada por excelencia como el rol fundamental asignado a las mujeres.

Violencia sexual

La violencia está presente en todos los relatos, aunque sus experiencias de vida se diferencien sustantivamente. Lo más impactante en la vida de las mujeres que han sido agredidas sexualmente es que las situaciones que ellas identifican como tales son la expresión de un largo aprendizaje social de la feminidad, donde el encuadre en los estereotipos de la mujer aceptada socialmente, la búsqueda de aprobación masculina, la enajenación absoluta de sus cuerpos y deseos, orientan su crecimiento personal. Desde pequeñas son tratadas como objetos sexuales que a la vez deben reprimir sus propios deseos. Siempre serán culpables porque llevan en el cuerpo la provocación. Como resultado de esto, existen profundas dificultades en las mujeres que han sido violadas para significar la violencia como tal, en el entendido que una violación es tal cuando media el uso de la fuerza física. Estas ideas sustentadas en dogmas religiosos y fundamentalistas calan hondo en la socialización de las niñas y en su futuro desarrollo como personas sexuales.

Tanto las mujeres que vivieron una agresión sexual marcadora en sus vidas como la que no la vivió fueron víctimas de abusos en su infancia y/o adolescencia.

Respuesta institucional

La respuesta de las instituciones públicas es absolutamente limitada, deficiente y no se ocupa de sanar a las mujeres que han sido violentadas. Priorizan por hacer cumplir el mandato social, en este caso, el de la maternidad. En todos los casos es ese el objetivo que guía la atención y el servicio prestado, por lo tanto se desconocen los deseos más profundos de las mujeres que llegan a solicitar ayuda.

La ruta crítica de las mujeres que han sido violadas está llena de vacíos y abandonos a su propia suerte. Hay un apoyo terapéutico en el caso de las mujeres cuya agresión es reconocida como tal por la presencia de violencia física o la minoría de edad, es decir, según parámetros legales. Sin embargo, cuando la violación ocurre en el marco de la relación de pareja o el matrimonio, no se plantea un apoyo específico a la agresión sexual sino como parte de un apoyo terapéutico a la situación de violencia intrafamiliar. La adopción es la única alternativa distinta a la maternidad forzada que la institución le ofrece a la mujer y al ser ésta una posibilidad llena de contradicciones para ellas, frecuentemente termina por ser rechazada, porque tendría que cargar con una culpa que el mismo sistema y el entorno social se encargaría de mantener.

En el otro caso, donde no hay violencia sexual, la ruta crítica se centra en los establecimientos de salud, donde se reproducen las limitaciones derivadas del enfoque biomédico y del lugar secundario e instrumental de las mujeres en la medicina. Existe información incompleta, en términos técnicos, decisiones inoportunas que no son acordadas en conjunto con la mujer, además de ausencia de intervención para el manejo psicosocial adecuado de la mujer que debe enfrentar un embarazo en esas condiciones.

Relaciones de género

La construcción del ser mujer y ser hombre en esta sociedad se instala profundamente en las experiencias de las mujeres participantes. Las más jóvenes, interrumpido su crecimiento por la experiencia traumática de haber sido violadas y posteriormente forzadas a asumir la maternidad, ven pocas posibilidades de romper con los patrones con los que fueron formadas. Sus proyecciones se limitan a retomar las actividades postergadas y quizás estudiar y trabajar a futuro, en la medida en que sean apoyadas por las madres en la crianza de sus hijos/as, pero el imperativo mayor es asumir la responsabilidad que les toca como madres. En general, los roles de género y la construcción del ser mujer en torno al rol de madre, es lo que orienta las vidas de todas mujeres que compartieron su historia.

Aborto

Las mujeres participantes reproducen el discurso dogmático heredado de la Iglesia Católica. Que el feto es persona independiente de sí misma y que, por lo tanto, interrumpir su gestación sería un asesinato. Está también presente la idea que se trunca el desarrollo de un ser que viene predestinado existencialmente y que, por lo tanto, aunque su tiempo de vida sea breve, tiene un sentido y una trascendencia.

Existe de manera tímida el reconocimiento de un contexto de ilegalidad que pone en riesgo la salud y la vida de las mujeres, ya que está instalada la creencia y la experiencia de los abortos incompletos. Por otro lado, reconocen que la decisión de realizarse un aborto es personal y que depende de cada realidad, dando cierta legitimidad a la decisión de las personas en torno al aborto.

La culpabilidad en ellas está presente siempre que se plantean la posibilidad de decidir autónomamente de manera distinta a los dictámenes sociales y religiosos. La culpa frente a un aborto sería más grande que la que sentirían si entregan en adopción a un/a hijo/a; no obstante, siempre estaría presente. El único camino entonces es la maternidad a costa de sus propios anhelos, proyectos y sueños.

A MODO DE CONCLUSIÓN



La investigación “Violencia Sexual – Aborto: Conexiones Necesarias” ha permitido profundizar el conocimiento de la violencia sexual que afecta a las mujeres y relacionar esta grave violación de los derechos de las humanas con otras formas de discriminación, específicamente, aquellas que niegan su libertad sexual y reproductiva. El estudio da luces sobre parte de la ruta que siguen las mujeres en los servicios públicos buscando atención, justicia y reparación; devela falencias importantes en aquellos que fueron examinados, y entrega elementos a la reflexión y el debate feminista sobre la eventual alianza estratégica con el sector salud para impulsar la aprobación de una legislación que despenalice el aborto.

La violencia sexual contra las mujeres está naturalizada en la sociedad chilena. Aunque forma parte del relato de vida de todas y de cada una, la invasión sexual no se identifica como violencia de género, es decir, como un ejercicio de poder de los hombres sobre el cuerpo y la sexualidad de las mujeres. En el lenguaje público, es “común”, es “normal” y es “obvio” que ellas sean manoseadas en los servicios de transporte público, que sean “piropeadas”¹⁴⁸ en las calles, y que las que “se exponen” sean violadas por un desconocido. En las relaciones de pareja se espera que ellas satisfagan el “siempre activo” impulso sexual masculino como parte de sus deberes conyugales. En la familia, la violación de las niñas y el incesto tienen comúnmente una explicación en las “patologías” de los agresores. Las mujeres que denuncian la violencia sexual se exponen al estigma y al examen público de su condición moral y de su conducta. El embarazo producto de una violación se disocia de la agresión y se exige a las mujeres asumir la maternidad.

La ausencia de una política pública que entienda y atienda la violencia sexual como una manifestación de la violencia de género contra las mujeres, hace que las pocas respuestas estatales existentes se conviertan en esfuerzos aislados, sin coordinación ni referencia entre sí. Esta respuesta pública no fortalece a las mujeres como sujetas de derechos ni les otorga recursos efectivos de atención, reparación y justicia. Por omisión, el Estado reproduce la naturalización de la invasión sexual al cuerpo de las mujeres y falta a su obligación de prevenirla, atenderla, sancionarla y erradicarla.

La violencia sexual contra las mujeres es invisible a la sociedad. El Estado no produce información pública que permita dimensionar su prevalencia, información ésta fundamental para crear conciencia ciudadana y facilitar el diseño de políticas públicas integrales, efectivas y oportunas. El Ministerio del Interior insiste en publicar sus datos sin desagregación por sexo, a pesar que tiene los insumos y la capacidad técnica instalada para hacerlo. El registro simple de la violencia intrafamiliar, en tanto dato global, impide ver la violencia sexual contra las mujeres en sus relaciones afectivas y familiares. El Poder Judicial y el Ministerio Público hacen recuentos de causas –“ingresadas, tramitadas y con sentencia”– pero nada informan sobre las víctimas y sus vínculos con los agresores. La forma en que están contruidos todos estos datos y la ausencia de relación entre ellos imposibilita identificar la violencia sexual como manifestación de la violencia contra las mujeres.

La atención a las mujeres víctimas de violencia sexual es precaria. La ruta que deben seguir en los servicios públicos es, más bien, una carrera de obstáculos flanqueada por mensajes en luces de neón que las llaman a desistir. No se quiere negar con esto la importancia de las respuestas de las Salas de Atención de Primera Acogida y de los Centros para la Mujer de SERNAM. Sin embargo, los esfuerzos se pierden y su impacto se minimiza por la ausencia de un enfoque común, la desconexión entre servicios y la debilidad del trabajo intersectorial.

148 Traducción: objeto de calificaciones e insinuaciones soeces.

En relación a las Salas de Primera Acogida, resulta urgente evaluar su funcionamiento, hacer ajustes profundos en su implementación y revisar el cumplimiento del Convenio por parte del Ministerio Público. Los hallazgos de esta investigación muestran que las personas que allí llegan no están recibiendo la atención de calidad ni se supera la revictimización, que se postula en sus objetivos. La intervención en las Salas no puede limitarse o enfatizar sólo el peritaje sexual. El Ministerio de Salud está perdiendo aquí la posibilidad de brindar una atención integral a las mujeres que sufren violencia, y violencia sexual en particular. La capacitación del personal y el establecimiento de procedimientos de derivación y seguimiento entre servicios y programas que atienden la salud de las mujeres –entre ellos los de violencia intrafamiliar, violencia sexual y salud reproductiva– son acciones factibles de implementar en el corto y mediano plazo.

En el ámbito del acceso a la justicia, el propósito que las Salas apoyen en las mujeres la decisión de denunciar e iniciar el proceso judicial se debilita si la Fiscalía no asume responsabilidad directa y se apersona de sus causas. En las tres ciudades incluidas en la investigación, el personal de salud informó dificultades en la disposición de Fiscales y/o la carencia de personal especializado en primera acogida que debiera facilitar el Ministerio Público. Al mismo tiempo, es fuente de maltrato a las mujeres y abuso de su tiempo el hecho que tengan que acudir tanto a la Sala como al Servicio Médico Legal en razón de los peritajes sexuales (lo que tiene que circular son las evidencias periciales, no ellas). Esto conlleva, en muchos casos, desistimiento.

Las idas y venidas de las mujeres entre estas reparticiones públicas dificultan que accedan oportunamente a la atención médica y a la prevención de infecciones de transmisión sexual y de embarazos no deseados. La reciente resolución del Tribunal Constitucional que impide la distribución gratuita de la PAE en los servicios públicos agrega un obstáculo más a la ruta de las mujeres, particularmente de las mujeres pobres. La disposición vulnera su libertad sexual y reproductiva, y las coloca ante una perversa disyuntiva: la maternidad forzada o el riesgo a su seguridad y a su vida que implica el aborto clandestino.

En los Centros de SERNAM, al modelo de intervención le falta consistencia en el abordaje de la violencia sexual como una expresión de la violencia contra las mujeres por parte de sus parejas. El hecho que su existencia se indague pero no se atienda da cuenta de su naturalización, refuerza la invisibilidad de la agresión sexual y dificulta que las mujeres la signifiquen como tal en sus relaciones íntimas. Al mismo tiempo, en el enfoque de trabajo es necesario articular la violencia sexual con la negación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. El embarazo no deseado y las secuelas en la salud sexual y reproductiva son consecuencias de la violencia sexual que la intervención debe considerar. Fortalecer en las mujeres su condición de sujetas de derechos conlleva poner a su disposición servicios oportunos. En las tres ciudades investigadas los Centros tienen relación fluida con los servicios de salud y, por tanto, es posible incorporar en el trabajo intersectorial la atención sexual y reproductiva a las mujeres que sufren violencia sexual por parte de sus parejas.

La práctica de reducir la existencia de agresiones sexuales a “un dato de la causa” en los procesos judiciales que SERNAM patrocina debe revisarse. Es claro que el personal de los Centros actúa buscando proteger la vida y la integridad física de las mujeres. Sin embargo, la política institucional no puede ser cambiar protección por impunidad en materia de violencia sexual. SERNAM debe hacerse cargo de promover una política pública que efectivamente aborde la violencia contra las mujeres en toda su extensión y que, entre otras prioridades, visibilice la violencia sexual y desnaturalice su ocurrencia en la vida de las mujeres.

La ruta que siguen las mujeres que han sufrido una violación con un consecuente embarazo en busca de apoyo se limita a servicios de orientación y/o atención psicológica tanto en el sector salud, justicia como en SERNAM, que las preparan para dos alternativas: aceptar la maternidad que no desean o entregar al hijo/a en adopción. La falta de alternativas que acojan y validen las experiencias, sentimientos y decisiones de estas mujeres es una extensión de la violencia de la que ya fueron objeto; en lugar de contribuir a su reparación, el sistema refuerza la vulneración de sus derechos al no reconocerle uno de los más fundamentales: su derecho a decidir. Estas mujeres vienen siendo objeto de violencia desde pequeñas y hoy el único sentido que la sociedad y las instituciones les permiten dar a sus vidas es la maternidad, mientras su sexualidad, proyecto de vida, afectividad y todos los demás ámbitos quedan supeditados a este mandato social.

Hasta 1973 algunos recintos hospitalarios y varios/as profesionales de la salud apoyaron la decisión de las mujeres de abortar el producto de una violación. Esta posibilidad se dio en un contexto político y sanitario que sustentaba un quehacer en salud orientado a satisfacer las necesidades de las personas con un sentido de justicia social. La existencia de la norma que autorizaba el aborto terapéutico permitió la interrupción de embarazos en situaciones de riesgo vital de las mujeres y, también, por razones de salud mental y pobreza. La derogación de la disposición interrumpió el desarrollo de políticas más amplias y efectivas que abordaran la salud de las mujeres en su comprensión más amplia, lo que junto a la internalización de un discurso “pro vida”, ha modificado en el sector la percepción sobre el aborto como problema de salud pública.

Es generalizada la postura entre los profesionales de la salud que la ciencia médica ha avanzado al punto que es posible prevenir y/o atender embarazos de riesgo. También que lo terapéutico es una noción debatible e interpretable que va más allá del rol médico de salvar la vida y atender la salud. Por ello, más que la reposición del aborto terapéutico buscan regular aquellas situaciones médicas que obligan a la interrupción de un embarazo, y cuya decisión corresponde al personal de salud. En consecuencia, la legalización de aborto por causales médicas específicas, más que un compromiso con los derechos de las mujeres, apela a la necesidad de proteger la práctica profesional. Hoy, el contexto es más adverso que antes a una legislación que reconozca el derecho a decidir de las mujeres.

Más allá de los avances científicos y tecnológicos que han tenido lugar en el campo médico, la experiencia reproductiva de las mujeres incluye situaciones que ponen en riesgo su salud y su vida a causa de un embarazo, así como gestaciones cuyo producto no es compatible con la vida. A pesar de contar con las posibilidades de conocer el diagnóstico precozmente, estos avances no favorecen la salud de las mujeres. Por el contrario, ellas deben someterse a vivir la tortura de continuar el embarazo para cumplir con el ideario materno y evitar la condena social que significa decidir por su propio bienestar.

Este nuevo escenario coloca interrogantes al movimiento de mujeres y feminista respecto de la estrategia de demandar la reposición del aborto terapéutico. ¿Qué es lo terapéutico? ¿Qué causales de interrupción de embarazo incluye? La urgencia de este debate y reflexión está marcada por el riesgo que la demanda termine avalando sólo el aborto por causales médicas, y cierre por mucho tiempo la posibilidad de lograr el reconocimiento y legitimación de todas las razones que tienen las mujeres para interrumpir un embarazo. De igual manera, los resultados de la investigación señalan que apelar al “sector salud” –en genérico– como un aliado estratégico puede conducir a un camino frustrante y poco efectivo. El movimiento requiere hacer un mapeo

estratégico y político de los actores, que identifique con quiénes realmente se cuenta y hasta dónde están dispuestos a comprometerse con los derechos de las mujeres.

Se espera que los resultados de esta investigación aporten a la acción política del movimiento feminista dirigida a visibilizar la violencia sexual que viven las mujeres y el impacto que tiene la denegación de sus derechos sexuales y reproductivos en su atención y reparación, y en la sanción a este delito. El llamado es a recuperar el aborto como una experiencia de las mujeres y colocar la autodeterminación de los cuerpos en el centro del debate público. Finalmente, el movimiento de mujeres y feminista enfrenta el gran desafío de superar la fragmentación temática que marca su reflexión y acción política en las últimas décadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- ARTICULACIÓN 28 de septiembre, Dossier de Prensa de la campaña por la despenalización del aborto año 2007. Santiago, Chile.
- BARZELATTO, José (1996). Discriminización del aborto. En *El aborto en Chile: Elementos para el Debate*, Corporación de Salud y Políticas Sociales. Santiago, Chile.
- BANFI, Analia (2007). La implementación del modelo de “salas de primera acogida a víctimas de delitos sexuales” en Región Metropolitana”. Santiago, Chile.
- BELLUCCI Mabel (1990). Anarquismo, Sexualidad y Emancipación Femenina. Argentina alrededor del 900. Nueva Sociedad N° 109 septiembre/octubre.
- NUBIA Becker (2005). Quiénes éramos. Una agenda para Recordar. En *Memorias de Ocupación. Violencia Sexual contra Mujeres Detenidas durante la Dictadura*. Corporación Humanas. Santiago, Chile.
- CARABINEROS de Chile (2004). Anuario de Estadísticas Policiales. Santiago, Chile.
- CARDICH, Rosario (1993). Desde las Mujeres Visiones del Aborto, Nexos entre Sexualidad, Anticoncepción y Aborto. Movimiento Manuela Ramos. Lima, Perú.
- CASAS, Lidia (2004). Informe de Investigación. Mujeres y Reproducción ¿Del Control a la Autonomía? Centro de Investigaciones Jurídicas Universidad Diego Portales. N° 18, Año 6. Santiago, Chile.
- CEMICAMP (1997). Aborto: Una Responsabilidad Profesional de los Obstetras y Ginecólogos. Grupo de Trabajo FIGO/OMS. Campinas, Brasil.
- CENTRO Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas y Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos (1998). Encarceladas. Leyes contra el aborto en Chile. Canadá.
- CHECA Susana y Martha Rosenberg (1995). *Abortos Hospitalizados, un Problema de Salud Pública, una Cuestión de Derechos Reproductivos*. Ediciones El Cielo por Asalto. Argentina.
- COMITÉ de la CEDAW, 36° período de sesiones, recomendaciones 228 y 229, febrero 2006.
- COMITÉ de Derechos Económicos Sociales y Culturales, documento E/C.12/Add.105, del 1° de diciembre de 2004.
- COPPELON Rhonda (2000). Crímenes de Género como Crímenes de Guerra: Integrando los Crímenes contra las Mujeres en el Derecho Penal Internacional. McGill Law Journal, Estados Unidos.
- CORPORACIÓN Humanas et al. (2006). Informe Sombra CEDAW 2003-2006. Santiago, Chile.
- CORREA Sonia (2003). Los Derechos Sexuales y Reproductivos en la Arena Política. Mujer y Salud en Uruguay. Uruguay.
- DIDES Claudia, (2006). Voces en Emergencia: el Discurso C y la Píldora del Día Después. Flasco, Chile.
- DONOSO, Enrique (2004). Reducción de la Mortalidad Materna en Chile. En *Revista Panamericana de Salud Pública*, Organización Panamericana de la Salud. Volumen 15.
- ENCUENTRO Nacional Feminista (2006). Aquí se Construye Poder Feminista. Memoria del Encuentro Nacional Feminista 2005, Santiago, Chile.
- EDUCACIÓN Popular en Salud EPES (2005). *Violencia Sexual Conyugal, Estereotipos de Género y Orientaciones para la Prevención*. Santiago, Chile.
- FAÚNDES Aníbal y Barzelatto José (2005). *El Drama del Aborto, en Busca de un Consenso*. Tercer Mundo Editores, Colombia.

- FORO Abierto de Salud y Derechos Reproductivos (1993). Simposio Nacional: Leyes para la Salud y la Vida de las Mujeres, Hablemos de Aborto Terapéutico. Santiago, Chile.
- FORO-Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos y Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe RSMLAC (2004). Derechos Sexuales y Reproductivos en Chile a Diez Años de El Cairo. Santiago, Chile.
- GAVIOLA Edda, Eliana Largo y Sandra Palestro (1994). Una Historia Necesaria: Mujeres en Chile, 1973-1990. Santiago, Chile.
- GOBIERNO de Chile/Ministerio de Salud (2004). Normas y Guía Clínica para la Atención en Servicios de Urgencia de Personas Víctimas de Violencia Sexual. Santiago, Chile.
- GONZÁLEZ de León-Aguirre Deyanira (1997). Los médicos en Formación y el Aborto: Opinión de Estudiantes de Medicina en la Ciudad de México. Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro, Brasil.
- GONZÁLEZ de León-Aguirre Deyanira (1995). La Postura de los Médicos frente al Aborto Inducido. Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reproductivos. Enero-marzo, Boletín 49.
- GUTIÉRREZ María Alicia (2007). Saberes de la opresión, saberes de la emancipación: la historia del movimiento de mujeres en la lucha por el aborto legal. Ponencia presentada al V Congreso CEISAL. Bruselas, Bélgica.
- HELGAR Angélica (2003). Derechos Reproductivos: Vergüenza Nacional. En www.piensachile.com.
- HERRERA Susana, (2004), El Aborto Inducido ¿Víctimas o Victimarias? Centro Interdisciplinario de Estudios de Género. Universidad de Chile. Santiago, Chile.
- ILLANES María Angélica (1995). El Cuerpo como Cultura: el Caso Chileno. En Samaritanas, Mediadoras y Guardianas: Poder y Ciudadanía de las Mujeres en la Salud. Seminario Taller. Guadalupe Santa Cruz y Victoria Hurtado. Ed. Instituto de la Mujer. Santiago, Chile.
- INSTITUTO Nacional de Estadísticas (2005). Anuario de Justicia. Santiago, Chile.
- JAGOE Catherine, Alda Blanco y Cristina Enríquez de Salamanca (1998). La Mujer en los Discursos de Género. Texto y Contextos en el Siglo XIX. Barcelona, España.
- JELIN Elizabeth, Llovet Juan José y Silvina Ramos (1999). Un estilo de Trabajo: La investigación Microsocial. Propositiones 29 Historias y relatos de Vida: Investigación Práctica en las Ciencias Sociales. SUR Ediciones. Santiago, Chile.
- LAMAS Marta (2001). Política y Reproducción. Aborto: la Frontera del Derecho a Decidir. Plaza y Janéz. México.
- LARRAÍN, Soledad y Traversa María Teresa (2001). Maltrato infantil y abuso sexual en Chile. UNICEF. Santiago, Chile.
- LAVÍN Pablo et al. (1994). Informe Preliminar sobre la Caracterización de los Casos y Costos del Tratamiento del Aborto Hospitalizado en Santiago de Chile. Presentación al Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, Universidad Externado de Colombia. Bogotá, Colombia.
- LE BRETON David (1990). Antropología del Cuerpo y la Modernidad. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires, Argentina.
- LIZÁRRAGA Paula y Mc Canchie Doreen (1994). Las Mujeres, el Aborto Terapéutico y la Experiencia de una Nueva Legislación. COMUSAMS (Colectivo Mujer Salud y Medicina Social).

- MATAMALA Marisa (2002). Género, Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres en el Contexto de la Reforma. OPS/OMS, Oficina de Representación en Chile. Género, equidad y reforma de la salud en Chile. Voces y propuestas desde la sociedad civil. Santiago, Chile: OPS/OMS, Vol. 4.
- MATURANA Camila y Berlagosky Fanny (2007). El Contexto de la Mortalidad Materna en Chile. Revista Mujer Salud, 3-4/2007. Santiago, Chile.
- MCLAREN Angus (1990). Historia de los Anticonceptivos. Minerva Ediciones, Madrid España.
- MINISTERIO del Interior/División de Seguridad Ciudadana (2008). Informe Nacional Denuncias y detenciones de delitos de mayor connotación social y violencia intrafamiliar, anual y cuarto trimestre 2007. Santiago, Chile.
- MINISTERIO de Salud (2007). Modelo de Atención Integral y Humanizada en Salud. En www.redsalud.gov.cl/archivos/ciclovital/saludreproductiva.pdf
- MINISTERIO de Salud (1983). Texto Guía para la Atención de las Infecciones Ginecobstétricas. Departamento Programa de las Personas. Salud Materna. Santiago, Chile.
- MINISTERIO de Salud (2004). Normas y Guía Clínica para la Atención en Servicios de Urgencia de Personas Víctimas de Violencia Sexual.
- MINISTERIO de Salud y Ministerio Público (2005). Orientaciones Técnicas de las Salas de Primera Acogida para Atención de Víctimas de Delitos Sexuales en Servicios de Urgencia. Santiago, Chile.
- MINISTERIO de Salud y Comisión Nacional del SIDA (2000). Estudio Nacional de Comportamiento Sexual. Síntesis de Información Seleccionada. Gobierno de Chile. Santiago, Chile.
- MONREAL Tegalda (1993). Evolución Histórica del Aborto Provocado en Chile y la Influencia en la Anticoncepción. Artículo presentado al Simposio Nacional Hablemos de Aborto Terapéutico. Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos, Santiago, Chile.
- NACIONES Unidas, Informe de la Relatora Especial sobre Violencia contra las Mujeres, Sra. Radika Coomaraswamy, E/CN.4/1997/47, 12 de febrero de 1997.
- OBSERVATORIO de Equidad de Género en Salud (2006). Respuestas Efectivas en Violencia de Género: Materias Pendientes. Santiago, Chile.
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud (2002). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Washington, Estados Unidos.
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud (1995). Complicaciones del Aborto. Directrices Técnicas y Gestorales de Prevención y Tratamiento. Washington, Estados Unidos.
- PALMA Zulema. Salud, Pobreza y Derechos Sexuales y Reproductivos". En <http://www.coopvvgg.com.ar/ceide/articulos7.htm>
- PIÑA Carlos (1986). Sobre las Historias de Vida y su Campo de Validez en las Ciencias Sociales. Artículo publicado en el Documento de Trabajo, Programa FLACSO-Santiago de Chile, Número 319.
- PORTUGAL Ana María y María Isabel Matamala (1993). Movimiento de Salud de las Mujeres. Una visión de la Década. Publicado en Género, Mujer y Salud en las Américas, OPS. Publicación científica # 541. Washington, Estados Unidos.
- RED Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual (2007). Dossier de prensa de la Campaña ¡CUIDADO, EL MACHISMO MATA! Santiago, Chile.

- RED Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual (2006). Guía de Recursos para la Acción: Servicios para la Atención de la Violencia contra las Mujeres. Santiago, Chile.
- REQUENA Mario (1993). El Aborto Inducido. Problema de Salud Pública Vulnerable. Artículo presentado al Simposio Nacional Hablamos de Aborto Terapéutico. Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos. Santiago, Chile.
- REQUENA Mario (1990). El Aborto Inducido en Chile. Edición Sociedad Chilena de Salud Pública. Santiago, Chile.
- ROJAS Claudia (1997). Historia de la Política de Planificación Familiar en Chile: un Caso Paradigmático. Debate Feminista N° 10. Ciudad de México, México.
- RUBIN Gayle (1989). Reflexionando sobre el Sexo: Notas para una Teoría Radical de la Sexualidad. En Placer y Peligro, Explorando la Sexualidad Femenina, complicado por Carole Vance. Talasa Ediciones. Madrid, España.
- SANTANA Paula (2007). Contribuciones de los Movimiento de Mujeres y Feministas a la Equidad en Salud. La Experiencia Chilena. Estudio de caso presentado a Health Systems Knowledge Network de la Organización Mundial de la Salud.
- SARMIENTO Claudia (2007). Evolución Histórica del Régimen Legal del Aborto Terapéutico en Chile y los Derechos Humanos de las Mujeres. APROFA. Santiago, Chile.
- SERNAM (2002). Detección y Análisis de la Prevalencia de la Violencia Intrafamiliar. Santiago, Chile.
- SERNAM (2001). La Violencia Sexual en Chile: Algunos Indicadores Relevantes. Departamento de Estudios y Estadísticas. Santiago, Chile.
- SHEPARD Bonnie y Casas Lidia (2007). Abortion Policies and Practices in Chile: Ambiguities and Dilemas. Reproductive Health Matters.
- SNITOW Ann, Christine Stansell y Sharon Thompson (1983). Powers of Desire: The Politics of Sexuality. Monthly Review Press. New York, Estados Unidos.
- SOLOVERA Sergio (1998). Infecciones en Ginecología y Obstetricia. Ed. Mediterráneo. Santiago, Chile.
- STEPHEN Isaacs (1996). Aborto Clandestino v/s Aborto Regulado en Algunos Países del Mundo. En El Aborto en Chile: Elementos para el Debate. Corporación de Salud y Políticas Sociales. Santiago, Chile.
- SZOT Jorge y Moreno Cristina (2003). Mortalidad por Aborto en Chile: Análisis Epidemiológico 1985-2000. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, v.68 n.4. Santiago, Chile.
- THE Alan Guttmacher Institute (1994). Aborto Clandestino: una Realidad Latinoamericana. Nueva York, Estados Unidos.
- VITALE Luis y Julia Antivilo (1999). Belén de Sárraga, Precursora del Feminismo Hispánicoamericano. Ediciones CESOC. Santiago, Chile.
- URRIA Pablo (1993). Fundamentación Médico Legal del Aborto Terapéutico. Memoria para Optar al Grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Católica de Valparaíso. Valparaíso, Chile.
- VALENZUELA Carlos (2003). Ética Científica del Aborto Terapéutico. Revista Médica, vol. 131, no 5. Santiago, Chile.
- WEISNER Mónica (1990). Comportamiento Reproductivo y Aborto Inducido en Mujeres Chilenas de Sectores Populares: una Perspectiva Antropológica. En Aborto Inducido en Chile. Edición Sociedad Chilena de Salud Pública. Santiago, Chile.

ANEXO



LA PENALIZACIÓN
DEL ABORTO
NO RESUELVE
EL PROBLEMA

¿LE PARECE JUSTO
OBLIGAR A UNA MUJER
A CONTINUAR UN
EMBARAZO CUANDO
ESEA EN RIESGO SU
VIDA O VIDA?

¿SABÍAS QUE LAS
PLANÍFICAS DE MUJERES
PARA NO MORIR

ANTICONCEPTIVOS
PARA NO ABORTAR
ABORTO SEGURO
PARA NO MORIR

EN CHILE SE
PRACTICAN
AL REDEDOR DE
160.000 ABORTOS
AL AÑO

¿LE PARECE JUSTO
OBLIGAR A UNA MUJER
A CONTINUAR UN
EMBARAZO CUANDO EL
FETO TIENE UNA MAL
FORMACIÓN GRAVE?

E
L
E
S
L
A
C
H

¿SABÍAS QUE 42% DE LA
POBLACIÓN CHILENA
RECHAZA LA POSTURA
DE LA IGLESIA
CATÓLICA EN RELACIÓN
AL ABORTO?
Encuesta Piedad La Tercera Domingo 12 de Agosto 2007

¿LE PARECE JUSTO
OBLIGAR A UNA MUJER
A CONTINUAR UN
EMBARAZO CUANDO
EL FETO TIENE UNA MAL
FORMACIÓN GRAVE?

¿SABÍAS QUE 68% DE
LAS CHILENAS ESTÁ DE
ACUERDO CON EL ABORTO
CUANDO EL FETO TIENE
UNA MALFORMACIÓN
GRAVE?
Encuesta Corporación Humanas 2006.

Personas que colaboraron con la investigación

En Santiago

Verónica Báez, Alejandra Correa, Cecilia Iglesias, Maritsa Matamala, Ramiro Molina, Tegualda Montreal, Mario Paulo, Danuta Rajs, Ana Román, Ricardo Saavedra, Angélica Verdugo, Mónica Weissner y Pedro Yáñez.

En Valparaíso

Alejandro Carmona, Sandra Cruz, Paulina Moraga, Mario Valenzuela, Dora Silva, Delia Veraguas, Fernando Bertoglia, Juan Guillermo Romo, Rolando Márquez, Paulina González Patricia y Paulina.

En Valdivia

Aurora Delgado, René Guzmán, Daniela Obando, Adriana Olivos, Carlos Retamal, Marta Santana, Daniela y Lorena.

Por el Movimiento Feminista

Macarena Fritis, Adriana Gómez, Josefina Hurtado, Eliana Largo, Margarita Pisano y Alejandra Valdés.

